علم المكتبات والمعلومات المعاصر

مبادئ العلاج بالقراءة

مع دراسة تطبيقية على مرضى الفصام

تأليف: د. عبد الله حسين متولي

تقديم: أ. د. يحيى الرخاوي

الدار المصرية اللبنانية

علم المكتبات والمعلومات المعاصر

الدار المصرية اللبنانية

الدار المصرية اللبنانية

١٦ شارع عبد الخالق ثروت - القاهرة
تليفون : ٣٩٢٣٥٢٥ - ٣٩٣٦٧٤٣
فاكس : ٣٩٠٩٦١٨ - برقيًا دار شادو
ص. ب : ٢٠٢٢ - القاهرة
e-mail ALMASRIAHRASHAD@LINK.NET

المدير العام : محمد رشاد
المشرف الفنى : محمد حجى

علم المكتبات والمعلومات المعاصر

رقم الإيداع : 18750 / 2003

الترقيم الدولى : 1-822-270-977

الطبعة الأولى : ذو القعدة 1424 هـ - يناير 2004 م

مبادئ العلاج بالقراءة

مع دراسة تطبيقية على مرضى الفصام

تأليف

د. عبد الله حسين متولى

تقديم

أ.د. يحيى الرخاوى

د. عبد الله حسين متولى

مبادئ العلاج بالقراءة

مع دراسة تطبيقية على مرضى الفصام

علم المكتبات والمعلومات المعاصر

إهداء

إليهما ...

إلى من أودعت « قلبى » عنـدهـا

فوجـدتنى أحب بعقـــلانية أكثـر

وإلى من أودعت « عقلى » عندها

فوجـــدتنى أفكـــر بحـــب أكثـــر

إليهما معًا ...

« **والدتى** » و « **رفيقتى** »

وإليك أنت أيضًا ، أيهـا الوافد الجديد «**علاء**»

عسى أن تكون أنت ومـا فـى هذا العمـــل من

علم نـافع خـيـر مـا أبقـيـه مـن بعــدى

د. عبدالله حسين متولى



الغلاف والإخراج الداخلى : **محمد حجى**

يُعنى علم المكتبات والمعلومات بالذاكرة الخارجية للإنسان حصراً وتجميعًا ، تحليلاً وإتاحةً وبثًا ، ويرصد المبادئ والقوانين النظرية ، التى تحكم بنية هذه الذاكرة وتطوراتها وتفاعلاتها ، وأبعادها ، وما بين هذه الأبعاد من علاقات ، ويسعى إلى تطبيق التكنولوجيات ، التى تحقق أقصى إفادة منها لسد حاجات الإنسان من المعلومات ، متجاوزًا حدود الزمان والمكان والمساحة والحيز .

ويواجه تخصص المكتبات والمعلومات فى وطننا العربى تحديات عدة ، فى مقدمتها : النمو المتسارع ، والتنوع الكبير فى المعارف والاتجاهات النظرية والتطبيقية المعاصرة ، التى تعكس تحول المجتمع الإنسانى نحو « مجتمع المعلومات » ؛ فضلاً عن الحاجة إلى تحديد ملامح المدرسة العلمية العربية فى هذا التخصص وقسماتها ؛ خصوصًا بعد مرور خمسين عامًا على ولادته الأكاديمية على أرض مصر الطيبة .

وفى إطار الجهود الحثيثة التى تبذلها الدار المصرية اللبنانية بالقاهرة ، فى تطوير حركة النشر العربية ، وإثراء المكتبة العربية بكل ما هو جديد ونافع فى مختلف المعارف والعلوم والفنون . . فقد قررت - الدار - إصدار هذه السلسلة ؛ إسهامًا منها فى فتح نافذة جديدة ، تقدم من خلالها الكتابات العربية التى تتناول القضايا والموضوعات المعاصرة فى تخصص المكتبات والمعلومات ، والتى تعكس التحديات التى يواجهها هذا التخصص ، وتستشرف آفاق مستقبله ودوره فى خدمة حق كل المواطنين فى المعرفة ، وفى التنمية الشاملة والمستدامة .

وتتميز الملامح العامة لهذه السلسلة ، التى تفتح أبوابها لكل المعنيين بتخصص المكتبات والمعلومات فى وطننا العربى ، بما يلى :

- المعالجة المنهجية التى تلتزم أصول المنهج العلمى وقواعده .
- إبراز الإسهامات العربية فى التخصص فكرًا وتطبيقًا .
- التركيز على الاتجاهات والموضوعات والقضايا المعاصرة فى التخصص .
- الإسهام فى تقديم الحلول أو البدائل أو الأولويات ، التى تمكن المعنيين بهذا التخصص والعاملين فيه من تعظيم الإمكانات واستثمار القدرات المتاحة ؛ لرفع مستوى أداء المكتبات ومرافق المعلومات فى وطننا العربى .

- التوجه نحو المستقبل من خلال تقديم الرؤى أو الابتكارات أو الإسهامات فى تطوير الاستراتيجيات أو السياسات ، التى تحقق تحول المجتمع العربى إلى «مجتمع المعلومات» المنشود .

والدار إذ تقدم هذه السلسلة ، إنما يحدوها أمل كبير فى أن تلقى قبول قارئها العزيز ، وأن تكون لبنة ثرية فى الصرح الثقافى للمؤلفات المكتبية ، التى أكدت الدار المصرية اللبنانية على نفسها أن يكون لها قصب السبق والريادة فى مجال المكتبات ومصنفاتها . . .

الناشر

يمثل العلاج بالقراءة أو الببليوثرابيا جانبًا من الجوانب الإيجابية المضيئة لعلم المكتبات والمعلومات ؛ إذ إنه يسهم بشكل عملى نفعى فى مساعدة الشخص المحتاج إلى حل مشكلاته العاطفية أو الذهنية أو الاجتماعية باستخدام مواد قرائية مناسبة وفقًا لبرنامج موجه .

وأخصائى المكتبات لا ينتظر بالضرورة ، قدوم شخص محتاج لتوجيهه أو إرشاده ، وإنما قد يبادر من جانبه بالذهاب إلى الشخص المحتاج محاولاً التعامل معه وتعرف احتياجاته واستثمار ما لديه من خبرات ومواد متنوعة المضمون والشكل لتلبية هذه الاحتياجات التى قد تكون خاصة جدًا . وقد يتعامل الأخصائى المعالج مع كل حالة على حدة ، وقد يتعامل أيضًا مع مجموعة من الأشخاص معًا . وهو لا يؤدى عمله بمفرده ، وإنما يؤديه ضمن منظومة قد تضم أيضًا طبيبًا نفسياً وأخصائياً نفسياً .

العلاج بالقراءة هو موضوع هذا الكتاب الذى كان فى أصله أطروحة قدمها صاحب الكتاب د. عبد الله حسين متولى للحصول على درجة الدكتوراه فى تخصص المكتبات والمعلومات ، والأطروحة هى أول أطروحة عربية فى هذا المجال التخصصى الدقيق ، وقد أُعدت تحت إشراف أستاذ متخصص فى المكتبات والمعلومات ، وأستاذ متخصص فى الطب النفسى .

والباحث عند إعداده لهذا العمل ، قرأ أفضل ما كُتب عن العلاج بالقراءة باللغة الإنجليزية أساسًا ، واستوعب ما قرأه وهضمه بشكل جيد ، ثم قدم له عرضًا موجزاً فى الفصل الأول من الكتاب ، تناول فيه أهداف العلاج بالقراءة وأنواعه والهيئات المهتمة به ، ومسئولية العلاج بالقراءة فضلاً عن تدريسه ضمن مقررات أقسام المكتبات والمعلومات .

وقد انتقل الباحث من قراءاته فى مجال العلاج بالقراءة إلى قراءات فى الطب النفسى وعلم النفس ، بل وحضر عدة محاضرات لأساتذة الطب النفسى وعلم النفس ، وركز اهتمامه على مرض الفصام على اعتبار أنه سيستخدم برنامجًا

للقراءة لمرضى الفصام على وجه الخصوص ، ولهذا كتب الفصل الثانى من الكتاب عن مرض الفصام ، مع بيان أسبابه وأنواعه ومساره ومآله والعلاجات المختلفة له .

ولم يتوقف الباحث عند القراءات سواء فى مجال المكتبات والمعلومات أو فى مجال الطب النفسى وعلم النفس وإنما خاض - وهذا هو الأهم - تجربة صعبة تتمثل فى معايشة المرضى فى إحدى مستشفيات الصحة النفسية ، وكان ذلك من أجل اختيار عينة البحث من مرضى الفصام لتصميم برنامج علاجى مناسب لهم وإجراء التجربة والطبيق العملى . وقد تضمّن الفصل الثالث من الكتاب وقائع المعايشة الفعلية حيث تناول الكاتب إجراءات الحصول على العينة وبرنامج العلاج بالقراءة المقترح من حيث المحتوى والتطبيق . وقدم الكاتب فى الفصل الرابع النتائج التى أسفر عنها التطبيق العملى ومرئياته من واقع المعايشة . وقد أنهى الكتاب بخاتمة تضم النتائج المستخلصة والتوصيات المقترحة بدأها بتأكيد ضرورة بل حتمية تكامل العلاجات المختلفة - وليس العلاج بالقراءة منفردًا - لضمان فعالية التأثير .

ولعل ما يضيف قيمة كبيرة إلى هذا الكتاب المقدمة العلمية الرائعة ، التى كتبها الطبيب النفسى ذائع الصيت الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوى عن العلاج بالقراءة ، تناول فيها الصحة النفسية وضبط الإيقاع ، وموقع القراءة لتحقيق التوازن ، وتوظيف العلاج بالقراءة ضمن خطة علاجية متكاملة لعلاج الحالات الفصامية .

إن هذا الكتاب الجديد على المكتبة العربية فى مجاله هو إضافة طيبة لباحث متميز . وهو كتاب جدير بالقراءة من جانب المتخصصين فى مجال المكتبات والمعلومات ، وأيضًا من جانب المتخصصين فى الطب النفسى وعلم النفس .

هيئة الإشراف العلمى

أتعلم من مرضاىَ وطلبتى طول الوقت . أفرح أننى ما زلت قادراً على التعلم ، ربما أكثر من ذى قبل . كنت قد عزفت عن الإشراف على مزيد من الرسائل الجامعية لأسباب شخصية وغير شخصية ، لا داعٍ لذكرها . لكن هذا العمل (الأمل) أغرانى بالعدول عن ذلك ، ومعاودة المحاولة ، « ربما » ،.. وقد كان .

هذا هو ما أبدأ به تقديم هذا العمل ، اعترافًا بفضل هذا الطالب (الدكتور) ***عبد الله حسين متولى محمد*** صاحب البحث ، وفضل المشرف الأول أ. د. ***محمد فتحى عبد الهادى*** الذى تفضل ووضع ثقته فيما سمعه عن اهتماماتى فى هذا المجال ، وحوله .

يمر النوع البشرى بمرحلة حرجة فى تاريخ تطوره ، مرحلة نحتاج فيها أن نعيد النظر فى معظم ما نفعله . . وما يمكن أن نفعله . ما نتورط فيه . وما يجب أن نتراجع عنه ، وما ينبغى أن نعدّله أو نضبط إيقاعه .

العقل البشرى (والجهد البشرى كله) يحقق – حاليًا – من الإنجازات ما يكاد يتجاوز شطحات الحلم . يتم ذلك بتسارع يبدو أنه لم يعد يتناسب مع قدرة الكائن البشرى البيولوچية على استيعاب ما يجرى لصالح تطوره ، أو تعميق إنسانيته .

أصبح التحدى – بذلك – ذا بعدين . البعد الأول هو « **البعد العرْضى** » الذى يُلزمنا بالتلاؤم مع البيئة لصالح مزيد من التكيف فالتطور ، وهو البعد الذى أسأنا التعامل معه حتى ظهرت مشكلات تلوث البيئة ، والتهديد بالتدخل فى الطبيعة بمداخلات تكاد تفسد قوانينها . (مثلاً : موضوع ثقب الأوزون ، ودرجة حرارة الأرض . . إلخ) . البعد الثانى هو الذى أذكّر به بمناسبة هذا التقديم ، وهو ضرورة التلاؤم مع إيقاع الإنجازات طولاً (أى مع بعد الزمن وما يحدث فيه) . ينبغى أن ننتبه إلى مدى تلاؤم خطوات إنجازات عقولنا الرائعة مع إمكانات تطور بيولوجيتنا الواعدة .

مدخلى إلى تقديم هذا العمل هو وضعه فى إطار الإسهام فى التنبيه إلى بعض ذلك .

القراءة ، بما هى ، وما تفيده ، وما تعد به ، وما تتيحه ، وما تعنيه ، تمر بأزمة حقيقية تحتاج وقفة مراجعة . هذه الأزمة عالمية وشاملة ، لكن لها معالم خاصة دالة وشاملة تبدى محلياً بشكل أكثر إلحاحًا وتهديدًا .

لا يخفى على أحد وضعنا المتواضع كمًا ونوعًا بالنسبة لهذه الوظيفة (القراءة) التى لم تزدهر بالقدر الكافى حتى نخشى اندثارها كما هو الحال عند العالم الأكثر تمدنًا . « نحن »(*) نقرأ أقل ، ونترجم أقل ، ونتحمل مسئولية ما نقرأ أقل ، ونقف موقفًا ناقدًا مما نقرأ أضعف وأسطح . هذه ليست القاعدة العامة ، فثم استثناءات رائعة ومضيئة ، لكن بالنظر فى مدى انتشار الأمية لدينا ، وما آل إليه مدى التعليم من تلقين واغتراب بصفة عامة ، فإن هذه الأحكام القاسية قد تكون هى الحقيقة المرة للأسف .

نترك – ولو مؤقتًا – حالنا الخاص لننظر فى الفرض الذى يضع الوقاية والعلاج بالقراءة فى موقعهما من حيث إمكانية الإسهام فى « **ضبط إيقاع تسارع إنجازات العقل البشرى مع قدرة البيولوجيات على التطور** » .

تُذكرنا محنة القراءة حاليًا ، لعلها عابرة ، بمحنة الشفاهة . لقد اعتُبرت النقلة من الحضارة الشفاهية إلى الحضارة الكتابية (القرائية) إنجازًا بشريًا لا مثيل له . هذا صحيح ، فقد أتاحت الكتابة كلاً من : التسجيل والنقل والحفظ ، فالقراءة اللاحقة ، بما أدى إلى امتداد الوعى الإنسانى إلى تاريخه بقدر أكبر ، وبالتالى إمكانية التطلع إلى مستقبله بحسابات أكثر دقة .

يبدو أننا – البشر – على أبواب نقلة نوعية أخرى ، وإن كانت نقلة أكثر تحديًا وتعقيدًا . فمن ناحية نحن نعود للشفاهة عبر الإعلام المسموع والمرئى ،

(*) سوف أستعمل « نحن » لأشير إلى العرب خاصة ، والمصريين ضمنًا وأصلاً ، ولن أعيد هذا التنبيه ثانية .

بشكل يهدد القراءة ، ومن ناحية أخرى نحن نتجاوز الكتابة إلى ما بعد الكتابة نتيجة لثورة التواصل والأداء الإلكترونى السريع الانتشار، الغامر المعلومات .

الصحة النفسية وضبط الإيقاع

إن دراسة تطور المخ البشرى تلهمنا بما ينبغى أن ننتبه إليه على مستوى التطور البيولوجى ، وأيضًا على مستوى النمو الفردى (الفيلوجينيا ، والأنتوجينيا) نتذكر كيف أن منظومة المخ القديم تحتوى المخ الأقدم ، كما أن منظومة المخ الأحدث تحتوى المخ القديم ، وهكذا . إن هذا الاحتواء لا يقتصر على الترابط بين المستويات الأقدم والأحدث فى تكاملٍ ما ، بل إنه أيضًا يتم عن طريق تنظيم تبادل فى الأدوار يحققه الإيقاع الحيوى بوجه خاص (من خلال دورات كثيرة متداخلة مكثفة ، أشهرها وأوضحها دورات النوم ، واليقظة ، ودورات الحلم واللاحلم) .

إن الفشل فى تحقيق هذا التوازن، والتناوب، نحو التكامل . . يمثل نشازًا يظهَرُ سلوكًا وواقعًا فى صورة ما نسميه المرض النفسى . العكس صحيح : حيث **تتحقق الصحة النفسية بمدى النجاح فى تحقيق هارمونية الإيقاع بين مستويات الوجود** (بما يقابلها من مستويات الدماغ والكون ، كلٌّ فى مجاله) .

المطلوب ونحن ننتبه إلى إنجازات العقل البشرى وهو يتجاوز القديم ، أن نتعلم من قوانين البيولوجيا والتطور ما يساعدنا على تحقيق درجة من التوازن ، لا تلغى القديم ولا تتوقف عنده ، بل تحتويه وتتبادل معه .

ومن منطلق الفرض الذى قدّمناه حالاً ، يصبح لزامًا لتحقيق الصحة النفسية أن نصوغ حياتنا وفرص ممارستنا لها بما يسهم فى تحقيق مثل هذا الاتساق . باعتبار أن الثقافة (بمعناها الأشمل) تسهم فى تكوين العقل ، (إحالة إلى المستحدث من علم النفس وهو « علم النفس الثقافى Cultural» «psychology) . إنه بقدر ما تكون متغيرات الثقافة متنوعة المستويات ، متبادلة الأدوار، متوازية القياس ، تتحقق الصحة النفسية . والعكس

صحيح . ذلك أنه بقدر ما تعجز المستويات المختلفة (بما فى ذلك إنجازات العقل البشرى المتلاحقة) على التوازن والتبادل وضبط الإيقاع ، يكون المرض النفسى الذى **هو النشاز الوجودى المعوِّق** .

علينا بالتوقف أمام كل متغير مُقحَم على الطبيعة الكونية والطبيعة البشرية ، ليس رفضًا لعطائه ، أو حذرًا من إضافاته ، ولكن لمحاولة مواكبة النقلة التى يلوّح بها إلى ما يضعها فى مكانها المناسب لتؤدى دورها التكاملى .

موقع القراءة لتحقيق التوازن

هل يمكن أن يؤدى الاهتمام بوظيفة القراءة بشكل مسئول مثابر إلى تحقيق ما هو مطلوب حاليًا من إبطاء حركة التسارع المهدِّد بالإخلال بالتوازن ؟

القراءة ، وهى تقع بين الشفاهة ، والمعلوماتية ، ويمكن أن تعتبر الوصلة التى تسمح بدرجة من ضبط الإيقاع .

إن توظيف مثل هذه القدرة لتحقيق التوازن بالطول والعرض على مسيرة البشر ، يمكن أن يعتبر نوعًا من الوقاية ضد النشاز المحتمل . . أى ضد المرض النفسى .

يتميز فعل القراءة عن المشاهدة السلبية ، وعن الاستماع المستطرَق ، وعن اللّهاث المعلوماتى : ببطء الإيقاع ، وإمكانة المراجعة ، والتراجع ، والسماح بالمبادأة ، وتحديد الاختيارات بسهولة أنسب ، واحتمال ضبط السرعة بما يتوازى مع طاقات ومستويات حركية وجدلية الدماغ (المخ / العقل/ الوجدان) .

أنواع من القراءة

على أن القراءة ليست واحدة ، فهى تتراوح من أقصى الاغتراب إلى أقصى الإبداع ، ومع ذلك فكل قراءة يمكن أن يكون لها دورها فى الحفاظ على تماسك الذات وتحقيق الوقاية والسلامة . (أو استعادة السلامة = العلاج) .

وكى نحقق ما يسمى « الصحة النفسية » ، نحن نحتاج إلى كل أنواع الحيل والآليات دون استثناء : الدفاعات (الميكانزمات) التى تزيد الإنسان عمًى عن حقيقته التى لها أهمية قصوى فى الحفاظ على التماسك لفترة ما . وحين يكون التفكك (كمرحلة) والبصيرة (الحقيقية) أكبر من قدرة التحمل لإعادة التنظيم ، يلجأ الإنسان إلى الحفاظ على تماسكه بما تيسّر له من دفاعات مناسبة حتى ولو بدت مغتربة لفترة ما .

على الجانب الآخر نجد أن الرؤية البصيرية والنقد والإبداع ، يمكن أن يحققوا نوعًا آخر من التوازن أكثر حركية وأقدر جدلية ، هذا النوع الأخير يعتبر أيضًا نوعًا فائقًا من الصحة النفسية .

من هذا المنطلق ، فإن قدراً مناسبًا من أى نوع من أنواع القراءة يمكن أن يكون إسهامًا فيما نسميه « الصحة النفسية » ، وقايةً وعلاجًا . بغض النظر عن تصنيفه أو مدحه أو ذمه .

لا حصر لأنواع القراءة ، التى نطلق عليها بعض الصفات السلبية ، مثلاً : القراءة المغتربة ، والقراءة للقراءة ، والقراءة البديلة عن العلاقة الإنسانية المباشرة ، والقراءة الموسوعية المنغلقة ، والقراءة لملء الوقت ، والقراءة المسلّية غير المسئولة . كل هذه الأنواع يمكن أن ينظر إليها باعتبارها تحمل درجة مما يبدو سلبيّاً أو غير مطلوب ، مع أنها كلها - من عمق معين - يمكن أن تقوم بوظيفة الدفاعات (الميكانزمات) الناجحة لتحقيق توازن مرحلى .

إن تعامل المخ البشرى (والجسد البشرى) مع المعلومات المعرفية خاصةً هو من أعقد المسائل . نحن لا يمكن أن ندّعى معرفة كل ما يحدث من خلال القراءة ، الآن ومستقبلاً . لكن ما يتبقى من أى قراءة هو ثروة فى ذاته ، حتى لو بدا غير مُوظَّف فيما نأمل فيه ، حتى لو بدا أبعد ما يكون عن بدء الفعل أو حفز التغيير .

على الجانب الآخر ، لا جدال حول أهمية الأنواع الإيجابية من القراءة مثل : القراءة النقدية ، والقراءة المبدعة ، والقراءة المُلهمة ، والقراءة (الفعل) المسئولة . هذه الأنواع غير المغتربة ، هى الأقدر على تحقيق توازن الصحة النفسية على مستوى أعلى وأعمق .

من هذا المنطلق : نحن حين نتكلم عن العلاج بالقراءة لا نقصد نوعًا دون الآخر ، ولا نحبّذ ما نسميه القراءة الإبداعية أو الناقدة على ما نسميه القراءة المغتربة أو البديلة ، لكننا نشير إلى أن توظيف أى نوع فى موقعه ، لمن يحتاجه من الأصحاء (وقايةً) ومن المرضى (علاجًا) فى مرحلة بذاتها ، هو المقصود بالعلاج بالقراءة .

القراءة ، واللغة ، والمرض النفسى

المريض النفسى - بوجه خاص - يمرض بلغته ، يمرض « بالعربية » . . ويشكو « بالعربية » . . ويشرح تاريخ معاناته « بالعربية » ، فلا أقل من أن يعالج باللغة نفسها التى يمرض ويشكو بها .

الحاجز الذى تضعه اللغة بين الطبيب (المعالج) والمريض حين يتكلم كل منهما بلغة مختلفة ، يعتبر عائقًا للتفاهم يحول دون الأخذ بيد المريض إلى شاطئ السلامة . يتجسد هذا الحاجز بشكل خاص فى الإصرار على الاستمرار فى تعليم الطب النفسى باللغة الإنجليزية فى مصر . هذا الحاجز ليس موضوعًا بالصدفة ، فهو فضلاً عن كونه جزءًا من التغريب والتسطيح والتحقير والاستخفاف ، يخدم مصالح يهمها أن يظل المرض النفسى مجرد مظهر عابر لخلل كيميائى يُصَحَّح بضدّ كيميائى أيضًا . هذا ما آل إليه الحال بالنسبة للغالبية العظمى لعلاج الأمراض النفسية . وهكذا فإن الانتباه إلى علاجات مثل العلاج بالقراءة يبدو محاولة لتعديل الميزان للحيلولة دون ما آل إليه حال المريض النفسى ، مما أدى إلى اختزال الوجود البشرى والمرض إلى جزئيات متفرقة مبعثرة لا يصلح معها بالتالى إلا التسكين والتهميد والتهميش جميعًا .

إن من بديهيات العلاج أن يتم الحوار والتواصل بين المريض والمعالج من أول التفاهم المبدئى ، حتى التأهيل والمتابعة بلغة مشتركة . هنا ينبغى أن نفرق بين اللغة والكلام ، وبين اللغة والكتابة . . ومن ثَمّ القراءة .

اللغة ليست إضافة لاحقة لظاهر الوجود الفردى أو الجماعى ، وهى ليست أداة للاستعمال الظاهرى ، وهى ليست كيانًا مستقلاً عن الوعى ، ولا عن الوجود ولا عن المخ . « اللغة » بمفهومها الأعمق هى الكيان البيولوجى الغائر فى عمق الوجود البشرى الفردى ، وهى مرتبطة أشد الارتباط بمنظومة الثقافة التى تشكلها وتتشكل بها . وما القراءة (والكتابة) إلا إحدى تجليات اللغة على الرغم من أنها ليست مرادفة للغة .

إن الاجتهاد فى اتجاه إرساء دعائم العلاج بالقراءة يمكن أن يساهم بمحاولة تعويضية لاستعادة التصالح مع مكوّن جوهرى من مكونات ثقافتنا المعاصرة ، لعلنا ننجح فى تشكيل وعينا - فى الصحة والمرض - بما يُعد به . وإذا كان اختزال علاج المرض النفسى إلى تصحيح كيميائى محدود ، تحت عنوان مصطلح أعجمى بلغة أخرى ، قد نفع نسبيًا عند من يتحيز له بلغته ، فإنه قد باعد بيننا وبين أنفسنا (فى مجال المرض والعلاج خاصة) بشكل يحتاج إلى تدارك سريع .

عن الفصحى والعامية

ذكرنا حالاً أن اللغة ليست مرادفة للكلام (الشفاهى أو المكتوب) ، ولا يخفى أن القراءة (والعلاج بالقراءة) يتم غالبًا (وليس دائمًا - كما تبين فى هذا البحث) باللغة الفصحى ، مما قد يبعدنا عن التمادى فى التأكيد أننا نستعمل لغة الأم (الحقيقة أن الفصحى هى اللغة الأم ، وليست لغة الأم التى تتكلم عادة باللغة المحلية) . إن هذه الملاحظة لا تمنعنا من تذكر أنه مهما اختلفت اللهجات المحلية ، فإن التاريخ والحاضر يؤكدان وحدة ثقافة مرضانا

حول قدر مشترك من لغة الكتابة بالفصحى . ومع ذلك ، فالعلاج بالقراءة لا يستثنى النصوص العامية ؛ فهى واردة - كما رأينا - فى هذا البحث .

الفصام : ضد اللغة

تعرفتُ جوهر اللغة من معايشة ضدّها لا من البحث فيها ابتداءً ، أو القراءة ، عنها دراسةً ، وذلك من منطلق معايشتى للفصام وحوارى مع الفصاميين ، وإليكم بعض ذلك : إن ما يسمى الفصام ، (وهو اسم شائعٌ ومخيف فى آن) ، هو مفتاح هذه المسألة . اسم « الفصام » يستعمله حتى الثقات منّا فى غير موضعه ، ويفهمه الأغلب بغير ما يعنى ، فكثير من غير المختصين ، بل ومن المختصّين ، يستعملون لفظ الفصام فيما يفيد ازدواج الشخصية أو ازدواج السلوك ، أو تناقض التصرفات ، وكل هذا سطحى وخاطئ . فازدواج الشخصية هو انشقاق عابر عادة ، وكل شخصية من الشخصيات المزدوجة (أو المتعددة) لها حضورها ، ولغتها ومنظوماتها المتسقة بعضها مع بعض فى ذاتها رغم اختلافها عن كليات الشخصية (الشخصيات) الأخرى ، وهكذا .

أما الفصام فهو يشير إلى عملية أخطر : عملية تعلن درجات مختلفة من التناثر كيفما اتفق ، وأبلغ وصف له هو أقرب إلى ما جاء فى شطر بيت شعر عربى يصف أحد الناس بأنه « ذو لبّ نَثِر » (هذريان هذر هذاءة - موشك السقطة ذو لبٍّ نَثِر) . هذا اللب النثر هو باختصار شديد ما يمكن أن يُفهم باعتباره « ضد اللغة » (أو عكس اللغة ، وربما اللا « لغة ») .

الذى يحدث فى الفصام هو الافتقار إلى كل من : **المعنى المحورى** ، **فالغاية الضامّة** ، ذلك أن الوحدة القادرة على التشكل الضامّ فى الأحوال العادية إنما تفعل ذلك من خلال التمحور حول فكرة مركزية Central Idea ، التى هى الفكرة الغائية Goal Idea . . ومن ثم يظهر التناثر .

فى المقابل نجد أن العملية العلاجية الحقيقية إنما تهدف إلى إعادة تكوين الفصامى (لغةً / وجوداً / وكياناً غائيًا) وذلك بتجميع تناثره فى وحدات صغيرة ، ثم أكبر فأكبر ، حتى يعود الشتات المتناثر إلى ما يمكن أن يطلق عليه « الواحدية » (ضد الفصام) . العملية الفصامية هى أقرب إلى ما وصفه **جيبسون** فى مقدمته لكتاب *ليوتار* « ما بعد الحداثة » : **تحلل الذات إلى حشد من الشبكات والعلاقات المتناقضة والرسائل المتداخلة** .. ، والعملية العلاجية هى عكس ذلك تمامًا . وهذا ما أسهمتْ به المواجهة المعرفية المنسوجة لصالح لَمّ ما تشتت وإعادة تنظيمه ، والتى شملت القراءة والكتابة والمواجهة المعرفية بتداخل محسوب هادف . (الحالة المفردة فى الجزء التطبيقى من هذا العمل) .

أمراض اللغة

إنه على الرغم من أن الكتابة (فالقراءة) هى إحدى تجليات اللغة وليست مرادفة لها ، فإن الإلمام بأمراض اللغة ، وأمراض الوعى الذى يغلفها ويحيط بها ، يمكن أن يكون توضيحًا لما يمكن أن تقوم به إحدى تجليات اللغة السليمة (مثل القراءة) فى تصحيح ما فسد . إنه لا يوجد فى الأمراض النفسية المعروفة مرض يطلق عليه « مرض اللغة » ، كما أن ما سوف أورده هنا ، مما سبق طرحه فى مداخلات سابقة ، يسرى على المريض مثلما يسرى على الأسوياء .

وفيما يلى أوجزُ ما خبرتُه مما أصاب ويصيب اللغة فيما أسميته «أمراض اللغة» ، وهو نابع أساسًا من الممارسة الإكلينيكية ، لكنه ليس قاصراً على المرضى ، بل إننى اختبرتُه فى الحياة العامة فوجدته أكثر دلالة ، وأولى اهتمامًا ، وفيما يلى بعض ذلك :

١ - جمود اللغة : حيث تصبح قوالب للملء بالكلام ، وليست تخليقًا مرنًا متجدداً .

٢ - ترهل اللغة : حيث تصبح متضخمة ورخوة فى آن ، فلا تعود قادرة على التشكيل والتشكل .

٣ - تذبذب اللغة : حيث تتراقص قبل وصول الغاية ، فتفقد توجهها الغائى رغم سلامة البدايات .

٤ - غموض اللغة : وهذا يمكن أن يتم بنقص التحديد ، أو بفرط التداخل ، أو بكليهما .

٥ - تصادم اللغات : حيث تعوق قناة لغوية بذاتها ، مسار وحركية وتشكل قناة أخرى نشطة فى الوقت نفسه (مثال : تصادم القناة اللفظية ، مع قناة التعبير الحركى ، مع قناة التواصل غير اللفظى وغير الحركى) .

٦ - تناقض اللغة : حيث تحمل رسائل مضادة أو ما يسمى - كما ذكرنا - العلاقة « مزدوجة الوثاق » ، حيث يتم الخطاب اللفظى عكس ما يبلغه الخطاب غير اللفظى (مثلاً) ، ومثلما يعرف فى العصاب التجريبى .

٧ - إجهاض اللغة : حيث تحسن البدايات . لكن مع افتقار اللغة إلى حركيتها الغائية ، تفقد استمراريتها حتى تحقق الهدف من حضورها .

٨ - تناثر اللغة : وهذا ما أشرنا إليه فى البداية عندما ذكرنا ما هو « ضد اللغة » (الفصام) .

أستطيع أن أفترض أننا نمر بمرحلة شاعت فيها هذه الأمراض (المسماة كذلك مجازاً) فى كل من الحياة العامة وفى أزمة المرض على حد سواء . لم تقدّم ثورة التوصيل والشفافية والمعلوماتية علاجًا لهذه المسائل ، بل إنها تزيد الأمر صعوبة وتعقيداً ، ذلك أننا نصبح كجهاز محدود السعة بالنسبة لما يمكن أن يستقبله من المعلومات الجديدة التى تفيض علينا الآن من كل مصدر ، وبالتالى نعجز أكثر فأكثر عن التعامل مع زيادة كفاءة التكنولوجيا الجديدة ، وأيضًا مع زيادة الفرص المتاحة لنا من وفرة المعلومات .

إن هذا التقدم المعاصر الذى كان من المفترض أن يزيد فى مساحة وتنوع تشكيل الوعى وتطور اللغة ، كاد يصبح سببًا فى العجز عن التعامل فى المتاح من هذا وذاك ، إذ نتعرض إلى ما يشبه الحشر المُشلِّ ، وبالتالى العجز عن

الانتقاء الغائى للإبداع المتكامل ، فنقع فريسة للانتقاء العشوائى المزدحم غير المثمر ، وبدلاً من أن نروى زرعنا المعرفى من نهر المعلومات مثلما يفعل الزارع المتمرس ، تغرق سفن أفكارنا بعد أن تفقد خطة التوجه فى محيط مفتوح النهاية .

إن القراءة – بسرعتها المحكومة التواصل الانتقائى المباشر – يمكن أن تكون « الكابح المنظِّم » الذى يضبط جرعة التلقى بما يفيد فى الوقاية والعلاج جميعاً.

لغة الفصامى الأعمق

على الرغم مما أشرنا إليه حالاً من أن الفصام هو « ضد اللغة » ، نتيجة لما يبديه من تناثر فى الكلام ، وتفكك فى الترابط ، وعجز عن السَّلْسَلَة للوصول إلى غاية الفكرة المركزية ، (على الرغم من كل ذلك) ، فإن هذا ليس صحيحاً إلا على المستوى السلوكى الظاهر . إن للفصامى لغته الخاصة مهما كانت موزعة على أفكار أقصر وأبعد بعضها عن بعض ، ومهما كانت تحتاج إلى شفرة « كلمة مفتاح » (علاجىّ) خاص . إن تناثر الفصامى الظاهر هو نتيجة لانسحابه إلى عالمه الداخلى بطريقته الخاصة ، وما يظهر على السطح كسلوك شاذ مفكك ليس إلا المظهر المتبقى من تحطيم منظومة لغتنا العادية . إن للفصامى استراتيجيته التراجعية (لتحقيق التدهور والانسحاب من الواقع المؤلم أو المرفوض منه) .

من هنا نتنبه إلى الفرض العلاجى الذى يتناول محاولة لمّ التناثر الظاهر من جهة ، ولكن ليس على حساب إلغاء لغة الفصام الخاصة ، أو التصادم مع انسحابه التدهورى .

حين نوظف العلاج بالقراءة ، ضمن خطة علاجية متكاملة، لعلاج حالة فصامية مفردة (كما جرى الحال فى هذا العمل) نقوم بعملين معًا :

أولاً : نستعيد قدرة اللغة العادية على الوفاء بمضمونها ، والترابط بين أجزائها . (وهذا ما تقوم به جزئيًا : القراءة والكتابة) .

ثانيًا : نحاول الوصول إلى شفرة لغة الفصامى الخاصة كما تتبدى فى «معنى» كل أعراضه ، ومظاهر سلوكه ، وبقايا كلامه ، ومنظومة ما فضل من علاقاته .

ثالثًا : نستعمل ما حققناه فى أولاً ، لترجمة ما يقوله بـ« ثانيًا » ، حتى نحقق له ما تصور أنه الحل لموقفه المتألم أو المحتج أو المنسحب ، ولكن بطريقة أكثر كفاءة وأثمر إنتاجًا وأطول عمرًا (وهذا هو العلاج) .

رابعًا : ننتقل بشكل خبراتى محسوب ، بين هذه الأبعاد الثلاثة ، بالإضافة إلى ما ينبغى من ضبط النشاط العشوائى الأقدم للدماغ ، حتى يبدأ التماسك دون رعب العودة إلى الألم المفكّك أو الإنكار المذلّ الذى هرب منهما الفصامى (ضمن متغيرات أخرى) .

هذا ما كان بالنسبة للحالة المفردة ، وهو ما يمكن تتبعه للعثور على بعض ملامحه فى بقية الحالات التى تضمنها التطبيق العملى (حتى لو لم يكن التشخيص فصامًا) .

تجاوُز، ولكن ...

مع أن هذا العمل يمكن أن يكون قد تجاوز عنوانه بحق ، فإنه قد أثبت بذلك حقيقة قديمة حديثة ، وهى استحالة فصل متغير علاجى بذاته باعتباره العامل الأوحد المسئول عن التحسن أو الشفاء . هذا فضلاً عن أن مثل هذه المحاولة مستحيلة عمليّاً، وعلميّاً ، ومنهجيّاً ، ثم إنها تحمل جرعة من البعد عن الالتزام الخلقى للبحث العلمى بشكل يستحيل قبوله تحت أى مبرر مهما كان .

من هنا جاء هذا العمل فى ما هو « العلاج بالقراءة » ليؤكد أبعادًا علاجية تتجاوز مسألة القراءة ، وإن كانت هى المدخل إليها .

لم يقتصر ما جرى فى هذا العمل على استعمال القراءة لتنشيط التفكير ، وإثارة الاهتمام ، وشغل الفراغ ، واستعادة المعنى ، وتصحيح المفهوم ، وإنما تخطى طموحاته إلى ما أكد تنوع طرق البحث ، وانتقائية اختيار الحالات من الذهانيين عامة ، ثم التركيز على الحالة الطويلة المركزية من نوع الفصام ، مما أتاح فرصًا حقيقية لتوظيف النشاط المعرفى ، والتواصل المعرفى فى إعادة تنظيم مستويات الوعى والدماغ ، فالذات ، جميعًا .

لقد أدى هذا التجاوز إلى إنجازات لم يشر إليها الفرض الأصلى ، نورد بعضها كما يلى :

أولاً : الاختراقات المنهجية التى اضطر إليها الباحث ليست ثانوية ، ويمكن أن تكون نواة لتطوير المنهج ، وابتداع ما يناسب .

ثانيًا : إن البحث فى المرض النفسى وعلاجه يستحيل إجراؤه والإفادة منه بعيدًا عن كل مكونات الثقافة (لغةً ودينًا وطبعًا وعاداتٍ وممارساتٍ وأوهامًا) لكل جماعة من البشر ، بما تتميز به دون غيرها .

ثالثًا : إن هذا (ثانيًا) لا يعنى أنه لا توجد معالم مشتركة بين الثقافات المختلفة توحّد بعض جوانب وأساسيات المرض النفسى . إن التركيز على تفاصيل الفروق الثقافية يسير جنبًا إلى جنب مع السعى إلى اكتشاف السّمات الإنسانية والبيولوجية والغائية المشتركة بين البشر فى كل مكان . إن توحد (أو تقارب) نسبة إحداث وانتشار الفصام عبر العالم طولاً وعرضًا فى مختلف الأجناس والثقافات والأزمنة هو من أهم ما يؤكد هذه الواحدية الأعمق ، رغم الاختلافات الثقافية الضرورية ، والشديدة الدلالة .

رابعًا : التأكيد على استحالة نقل العلم والمعلومات نقلاً حرفيًا من مصادر أجنبية (خاصة المصادر الغربية التى تتعرض حاليًا لتشويهات مقصودة ظاهرة وخفية ، حتى لو بدا ذلك بعيدًا عن السياسة والحرب !!) .

خامساً : إن ثمة صعوبة فائقة (وتعسفًا واردًا) فى محاولة فصل الوظائف النفسية بعضها عن بعض أثناء التناول الوصفى للمرض النفسى ، وأيضًا أثناء التناول العلاجى . إن ما يوصف بأنه « معرفى » هو فى عمقه «وجدانى» ، وما يسمّى « قراءة » هو من بعد آخر « تواصُل » ، وما يبدو سلوكًا شاذًا هو من جانب آخر لغة خاصة ، وهكذا .

سادسًا : إن محاولة فهم الذهانيين خاصة ، ومن ثم علاجهم ، يحتاج إلى العناية – أكثر من غيرهم – بصياغة كل حالة من حالاتهم صياغة تفصيلية ، تشكل فى النهاية صورة محددة المعالم – مهما بدا فيها من ثغرات نتيجة المرض والتدهور – بحيث يُفَصَّل البرنامج العلاجى المعرفى : تعديلاً ، وحوارًا ، وإنشاءً ، من واقع فروض مرنة ، قابلة للتعديل أولاً بأول مع أى استجابة دالة .

سابعًا : إن ترجمة اللغة الخاصة للمريض ، إلى اللغة العامة ، يحتاج إلى فهم إمراضى (سيكوباثولوجى) أكثر من حاجته إلى لافتة تشخيصية ، كما أنه يحتاج إلى تدريب شكلى ، مثلما يحتاج إلى ترجمة غائية . كل ذلك معًا هو الذى يساعد على صياغة البرامج المعرفية ، ضمن البرامج العلاجية الشاملة .

وبعد . . .

وسط كل ما يجرى من تهديد بالدمار ، وتلويح بالاستعباد ، وظلم وإهدار لكل ما حققه الإنسان من مكاسب وتقدم ، يبدو أننا على أبواب ثورة معرفية شاملة .

علمان يتم تحديثهما وتطويرهما بما يمكن أن نواجه به تحدى التجهيل والتسطيح والتخريب والتسارع ، هما : العلم المعرفى، وعلم النفس الثقافى .

العلم المعرفى يتحدى طرق التفكير الغربى حين يعيد للعقل مركزه فى الجسد والكيان البشرى كله من خلال الخبرة المعاشة ، دون قصره على خلايا الدماغ .

وعلم النفس الثقافى ينبهنا إلى دور الثقافة المتوسط بين البيئة والكيان الحيوى (البشرى ضمنًا) . وهو بالتالى يحذر من التعميم المفروض علينا منهما لتوحيد مسار الإنسان ومصيره لمجرد أنهما كذلك ، أو رآيا ذلك . الشهادة للحق أن هذا الإنجاز يرجع إلى فضل فريق منهم أساسًا ، وربما تمامًا ، مع أنه يصب فى ما ينفعنا نحن ويميزنا (أو هذا هو المفروض !!) .

ألمحُ فى بعض منهج هذا البحث ، ومثله ، إرهاصات موازية فى محاولة اكتشاف أبعاد تاريخ الإنسان الطويل (بل تاريخ الحياة برمتها) ونحن نتعرف على مسار تدهورها فى الفصام خاصة ، بما قد يمكننا من استنباط بعض معالم الطريق الذى سلكته الحياة حتى كان الإنسان .

لا أخفى فرحتى بما يصلنى من معارف ومناهج كتبت ومورست فى العقدين الأخيرين ، تؤكد وتدعم ما عشتُه شاهدًا مشاركًا عبر نصف قرن من الممارسة الإكلينيكية ، مما تأكد بعضه أو أقله من خلال البحث العلمى المعاصر .

وهذا العمل هو بعض ذلك .

والحمد لله . . .

أ. د. يحيى الرخاوى

١٨ مارس ٢٠٠٣

يمكن القول بأن هذا العمل يقع على الشريط الحدودى الواقع فى المنطقة الفاصلة المشتركة بين مجالات : الطب النفسى وعلم النفس والمكتبات والمعلومات ، حيث يتناول من منظور مكتبى بحث موضوع العلاج بالقراءة Bibliotherapy بوصفه أحد أنماط العلاج المعرفى السلوكى الذى يركز على التغيير المباشر لكل من العملية المعرفية والسلوك ، ويهدف إلى بيان وتصحيح أنماط التفكير المشوه الذى يؤدى إلى مشاعر وسلوكيات مزعجة ومنفرة ، وإلى الانهزام والتدمير الذاتى . بمعنى آخر : إحلال نمط آخر من التفكير أكثر اتزانًا يقود إلى سلوك أكثر فعالية وإفادة بدلاً من التفكير المختل ، وباعتباره عملية يتم فيها استخدام مختلف أنماط النتاج الفكرى أيّاً كان الشكل المادى الذى صب فيه ، ثم إقامة حوار ونقاش حول هذا النتاج بشكل منهجى منظم ضمن برنامج علاجى تدعيمى تأهيلى سابق الإعداد ، يهدف إلى مساعدة فرد بعينه أو مجموعة أفراد فى التغلب على ما يعانونه من مشكلات نفسية أو بدنية أو اجتماعية . . . إلخ ، من خلال تبصيرهم بأبعاد تلك المشكلات كخطوة أولى نحو حلها أو على الأقل التعايش معها ، ويناط بمسئولية القيام بذلك من يمكن أن يطلق عليه الخبير بالمداواة بالقراءة أو المعالج بالقراءة Biblitherapist .

ومن ثم فهو ينأى عن أن يكون محاولة إغارة على تخصص الطب النفسى أو تلصص على علم النفس ، بقدر ما هو مجرد محاولة صادقة لتأكيد حق أصيل لتخصص المكتبات والمعلومات فى الإسهام - اعتمادًا على نماذج النتاج الفكرى الذى تزخر به المكتبات وجهود القائمين على أمر تلك المكتبات من أفراد متخصصين مؤهلين - فى تحقيق إفادة فعلية وجادة لبعض ممن يعانون من مشكلات نفسية أو اجتماعية .

وإذا كان هذا العمل هو نشر لأول رسالة أكاديمية عربية تتناول موضوع العلاج بالقراءة بعد إجراء بعض التعديلات والتنقيحات اللازمة عليها حتى تتناسب مع الهدف من نشرها فى شكل كتاب ، ولضمان وصول الرسالة

الفكرية التى تتضمنها إلى الجمهور المعنى بها ، فإن صاحب هذه الرسالة وهذا العمل معًا ليدين بفضل الريادة وتعبيد الطريق لمعلم فاضل وأستاذ جليل هو ***الأستاذ الدكتور شعبان عبد العزيز خليفة*** ، أستاذ المكتبات والمعلومات بقسم المكتبات والوثائق بجامعة القاهرة ، وأحد كبار المستكشفين الأوائل والمنقبين فى حقل العلاج بالقراءة ، حيث قدم للمكتبة العربية كتابًا أمة وغير مسبوق حول الموضوع نفسه بعنوان « العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا ، وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب » ، ومن قبله كانت هناك محاولات رائدة تحمَّل تبعتها رائدان من رواد المكتبات هما : ***الدكتور محمد أمين البنهاوى*** - تغمده الله بموفور رحمته - فى كتابه « عالم الكتب والقراءة والمكتبات » ، ***والدكتور أحمد بدر*** - متعه الله بالصحة ودوام العطاء - فى مقاله بعنوان : « الببليوثيرابيقا ، أو العلاج بالكتاب والقراءة » .

كما يدين صاحب هذا العمل لأستاذين جليلين وعالمين فاضلين أبيا إلا أن يفيضا من وافر علمهما وصادق رعايتهما عليه هو وعمله ، سواء كان هذا العمل متدثرًا بعباءة رسالة أكاديمية أو وهو يرفل الآن فى ثوب كتاب ، إنهما ***الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوى*** رائد فن احترام المريض والرافض لمنحى تشييئه أو حتى قولبته ، ***والأستاذ الدكتور محمد فتحى عبد الهادى*** أحد رموز وأعمدة تخصص المكتبات والمعلومات فى مصر والعالم العربى .

ومن هنا ، وعلى هدى من خطاهم العلمية ، وبرؤية عملية خاصة لصاحبه ، انتظم هذا العملُ الذى يشرف بمطالعتكم إياه فى أربعة فصول ، أردف بها ثلاثة ملاحق وقائمة بالمصادر :

الفصل الأول : العلاج بالقراءة ، النشأة والتطور

وهو عبارة عن مدخل نظرى للعلاج بالقراءة يعرِّف به ، سواء من الناحية اللغوية أو الاصطلاحية ، ثم يستعرض مراحل النشأة والتطور ، فالأهداف ، والأنواع ، وبعض الجهود المؤسسية التى اهتمت به ، وأخيرًا بيان على من تقع

مسئولية القيام بهذا النمط من العلاج ، ثم تصور لإمكانية تدريسه ضمن مقررات مدارس وأقسام المكتبات والمعلومات .

الفصل الثانى : الفصام ، التعريف والأسباب والأعراض والعلاجات المختلفة

وهذا الفصل عبارة عن مدخل نظرى لمرض الفصام يعرّف به - كمصطلح- لغوياً واصطلاحياً ، مع بيان الجذور الأولى لبدايات اكتشافه ، وحجم خطورته ومدى انتشاره ، والأسباب الكامنة وراءه ، والأعراض التى تصاحبه ، فضلاً عن التعريف بالمسار الذى يتخذه ، والمآل الذى يتجه إليه ، وأخيراً الطرائق المختلفة لعلاجه .

الفصل الثالث : إجراءات تطبيق العلاج بالقراءة فى مجال الفصام

ويعتبر هذا الفصل هو القلب النابض لهذا الكتاب ، حيث يتناول الخطوات الفعلية الإجرائية الخاصة بالتطبيق العملى للعلاج بالقراءة مع عينة من مرضى الفصام ، وذلك بدءًا من الخطوات التمهيدية الضرورية لعملية التطبيق ، والتى فى مقدمتها إجراؤها على عينة مصغرة من الفصاميين للوقوف على مدى ملاءمة المحكات الموضوعة للعينة ، وكذا أسلوب التطبيق ، ومروراً بالإجراءات المتخذة للحصول على العينة ، وانتهاءً ببيان عناصر برنامج العلاج بالقراءة الذى تم تطبيقه فعليًا .

الفصل الرابع : نتائج التطبيق ومناقشتها

ويتضمن هذا الفصل الرابع ، والأخير النتائج التى تمخض عنها التطبيق العملى ، مع مناقشة لكل نتيجة ، وتفسيرها ، وتأويلها فى ضوء العوامل والمتغيرات المختلفة المحيطة بعملية التطبيق ، وكذلك ما ورد فى أدبيات الموضوع ، وآراء المتخصصين ، والرؤية الخاصة بصاحب هذا العمل من واقع المعايشة الفعلية ، كما اشتمل هذا الفصل أيضًا على سرد لبعض الملحوظات المهمة والمؤثرة فى تطبيق البرنامج ، ومن ثم يمكن تدوينها على هامش ما يمكن أن يُعد على غراره من برامج أخرى للعلاج بالقراءة ، وأخيراً بعض التوصيات العامة المرتبطة بموضوع الدراسة .

وأخيراً ، أختتم فصول الكتاب بخاتمة ضمت عدداً من النتائج العامة والتوصيات التى تمثل خلاصة ما أمكن الخروج به من واقع التطبيق العملى ، فضلاً عن محاولة لاستشراف ما يمكن أن يدعم الدراسة والبحث فى مجال العلاج بالقراءة .

هذا ، ويشرف هذا العمل وصاحبه بقيام العالم الجليل والطبيب النفسى الأشهر *الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوى* - إلى جانب تقديمه لهذا العمل - بإهداء قرص مليزر عبارة عن شرح مبسط لمفهوم الفصام يعين أسر المرضى على تفهم طبيعته وإدراك الكيفية التى يتعين عليهم التعامل بها مع مريضهم ، ومن ثم فإنه يكسب هذا العمل قيمة مضافة ، ويضمن له بعداً أعمق فى المعالجة ، ومن ثم الإفادة .

وختامًا أقول :

فبما فضل من الله كانت جهود السابقين . . فكان هذا العمل . . فكنتُ . . ولله الحمد والشكر من قبل ومن بعد

والله الموفق وعليه قصد السبيل

د. عبد الله حسين متولى
alaabc @ hotmaill. com

الفصل الثانى : الفصام : التعريف والأسباب والأعراض والعلاجات المختلفة

الفصل الثالث: إجراءات تطبيق العلاج بالقراءة فى مجال الفصام

الفصل الرابع : نتائج التطبيق ومناقشتها

الفصـــل الأول

العلاج بالقراءة : النشأة والتطور

الإطار العام لعلم المكتبات والمعلومات

١-٠ - تمهـــيد

يستعرض هذا الفصل التعريفات المختلفة لمصطلح العلاج بالقراءة Bibliotherapy سـواء من الناحيـة اللغـوية أو الاصطلاحيـة ، ثـم يشـرع بعـد ذلك فى الإبحـار بين ثنايا التاريخ البعيد للعلاج بالقراءة باحثًا عن جذوره العميقة ، مبرزًا تلك الجهود الفردية والمؤسسية التى تمثلت حية فى شكل دراسات وأبحاث حرثت فى أرضه البكر ، وكذا المحاولات الرائدة التى حاولت ترسيخ هذا النمط من العلاج كعلاقة ديناميكية نامية بين أضـلاع ثلاثة ، هى : المريض ، الطبـيب المعـالج ، أمين المكتبـة ، ثـم يعـرج بعـد ذلك للحديث عن أهداف وأنواع العلاج بالقراءة والمؤسسات المهتمة به والسمات التى ينبغى أن تتوافر فيمن يمارسون هذه المهنة .

١-١ - التعريفات

١-١-١ - لغويًا

جاء فى قاموس ويستر الموسوعى[١] أن المقطع Biblio هو بادئة Prefix تعنى : خاص بالكتب أو بالكتاب المقدس ، وهى مشتقة من كلمة يونانية الأصل هى Biblion وتعنى : كتابًا وجمعها Biblia[٢] ، ومنها اشتق عديد من الكلمات ، مثل : تاريخ وعلم

(1) Webster's encyclopedia unabridged dictionary of the English language (1989) New York: Portland House, 1989. p. 145.

(2) Morris, William (1973) The Heritage Illustrated Dictionary of the English language. New York: American Heritage Publishing co., inc., 1973.- p. 129.

الكتاب كوسيط مادى Bibliology ، إنتاج الكتب Bibliogony[1] ، تجليد الكتب Bibliopegy ، قائمة حصر الكتب Bibliography ، علم نفس الكتاب أو البيليوسيكولوجى Bibliopsychology ، الاستخارة أو قراءة البخت باستخدام الكتب المقدسة Bibliomancy ، التمسك بحرفية الكتب المقدسة Bibliolatry ، مُحب الكتب Bibliophile[2] ، المولع لدرجة الجنون بجمع أو اقتناء الكتب Bibliomaniac ، المجنون بسرقة الكتب Biblioklept ، مُدمر أو مُهلك الكتب Biblioclast ، ملتهم الكتب Bibliophagist ، محتجز الكتب Bibliotaph ، بائع الكتب النادرة Bibliopole ، رهاب أو الخوف المرضى من الكتب Bibliophobia . . وغير ذلك من المشتقات التى جاء ذكر بعض منها فى ملحمة *هوميروس* الخالدة[3] . كما كانت تستخدم هذه الكلمة اليونانية أيضًا للإشارة إلى الكتب الدينية المقدسة Bible فى الديانة الإغريقية القديمة Idolatry ، أما المقطع therapy – وهو يونانى المنشأ أيضًا – فمشتق من الكلمة اليونانية therapeia التى تعنى التداوى أو الاستشفاء أو العلاج بشكل عام ، سواء كان هذا العلاج للجسم أو العقل أو للسلوك الاجتماعى أو مدى التوافق .

وفى عام ١٩١٩ حدث تزاوج بين هذين المقطعين فى اللغة الإنجليزية ، فأصبح لدينا مصطلح جديد هو Bibliotherapy ، ومنه يمكن أن يشتق الفعل to Bibliotherap ، وكذا الصفة Bibliotherapeutic لوصف كل ما ينتسب أو يتعلق بمجال العلاج بالقراءة . وكتأصيل تاريخى للاستخدامات المختلفة التى صاحبت البدايات الأولى لظهور مصطلح Bibliotherapy ، نجد قاموس أكسفورد[4] يشير إلى أن *س. مورلى C. Morly*

(1) The Oxford English dictionary: A new English dictionary on historical principles (1970) Oxford: The Clarendon press, 1770.- p. 846.

(٢) حسن سعيد الكرمى (١٩٨٧) المغنى الأكبر : معجم اللغة الإنكليزية الكلاسيكية والمعاصرة والحديثة . بيروت : مكتبة لبنان ، ١٩٨٧ . – ص١٢٥ .

(3) The Oxford English dictionary: A new English dictionary on historical principles (1970) Op. cit.- p. 846.

(4) The Oxford English Dictionary (1989)/ Prepared by J. A. Simpson and E.S. C. Weiner. 2nd. Oxford: Clarendon Press, 1989.- p. 170.

صاحب أحد محال بيع الكتب فى عام ١٩٢٠ ، جاءه أحد الأشخاص يبحث عن عدد من الكتب رشحت له لأغراض علاجية من جانب أحد المشتغلين بالعلاج بالقراءة ، بعد ذلك وفى عام ١٩٢٩ صدر المجلد ٤٤٠ من النشرة الطبية الأمريكية «U.S. Veterans' Bur. Med. Bull.» وهو يحمل العنوان التالى : «Bibliotherapy: Use of Treatment in Neuropsychiatric Hospital» ، ثم فى عام ١٩٣١ اشتمل العدد ١٩٨ الصادر فى شهر يونية من مجلة "Library Assoc. Rec." على عدد من المقالات رتبت تقريبًا وفق التقسيم الثنائى للعمل المكتبى بالمستشفيات آنذاك ، وهو : (أ) الأعمال العامة General Works . (ب) العلاج بالقراءة Bibliotherapy ، وفى عام ١٩٦١ أشير فى العدد ٣ ، المجلد ٢٥٣ الصادر فى ٢٦ أكتوبر من مجلة «New Scientist» إلى أن الكتب العلمية ، وكتب الخيال العلمى ، أصبحت أكثر أنماط الكتب تأثيرًا واستخدامًا فى مجال العلاج بالقراءة Bibliotherapy .

وعلى الصعيد العربى نجد أنه قد استخدم أكثر من مقابل للمصطلح الأجنبى تبعًا للمآتى أو المنطلقات التى تنبع منها الترجمة ، فنجد أنه بعد أن كانت تستخدم فى البداية ترجمة مورفولوجية للمصطلح هى « العلاج بالكتب » - كما جاء فى مقالى ***الدكتور ملاك جرجس*** اللذين نشرا عام ١٩٥٩ [(١)(٢)] - قدم ***الدكتور محمد أمين البنهاوى*** - رحمه الله - عام ١٩٨٤ فى كتابه « عالم الكتب والقراءة والمكتبات » ترجمة وظيفية هى «العلاج بالقراءة» حرصًا من جانبه على توسعة فئات وأشكال النتاج الفكرى المستخدم فى هذا النمط من العلاج ، ثم جاء من بعده ***الدكتور أحمد بدر*** كأحد رواد المكتبيين العرب فى الكتابة حول هذا الموضوع ، واستخدم فى عنوان مقاله المنشور عام ١٩٩٣ مصطلحًا منقحرًا هو « الببليوثرابيقا » - على غرار الببليومتريقا - جنبًا إلى جنب مع المقابلين العربيين المترجمين ، وإن ربطهما معًا بحرف عطف ، وأخيرًا قدم ***الدكتور شعبان***

(١) ملاك جرجس (١٩٥٩) : المكتبة تسهم فى علاج الأمراض النفسية والعقلية . عالم المكتبات ، س١ ، ع٤ (مايو -يونية ١٩٥٩) ، ص ص ٢٢- ٢٤ .

(٢) ملاك جرجس (١٩٥٩) : العلاج بالكتب . . علم وفن . عالم المكتبات ، س١ ، ع٥ (يوليو- أغسطس ١٩٥٩) ، ص ص ٢٠-٢٣ .

عبد العزيز خليفة مصطلحًا آخر منقحراً هو « الببليوثرابيا » - على غرار الببليوجرافيا - وقد أتى به إلى جانب المقابل العربى المترجم « العلاج بالقراءة » بعد حرف « أو » للإشارة إلى الاستخدام التبادلى للمصطلحين ، فى عنوان كتابه الشامل الصادر عام ٢٠٠٠ حول هذا الموضوع(١) ، واشتق منه اسم الفاعل « الببليوثيرابى » أو أخصائى العلاج (المعالج) بالقراءة ، أو كما يفضل أن يسميه هو « نطاسى القراءة Bibliotherapist » ، اشتقاقًا من الفعل نطس ، أى عالج أو طبب ، كما ورد فى القاموس المحيط(٢) .

ومن الناحية اللغوية ، وبالبحث عن معنى Bibliotherapy فى القواميس اللغوية المختلفة ، وجد ما يلى :

١ - جاء فى قاموس أكسفورد(٣) أن العلاج بالقراءة يعنى « استخدام مواد قرائية لأغراض علاجية ضمن علاج الاضطرابات العصبية » .

٢ - فى حين يعرف قاموس وبستر الدولى الشامل(٤) العلاج بالقراءة على أنه «علاج الاضطرابات النفسية والعصبية عن طريق قراءة كتب مختارة» .

٣ - على حين عرفت كل من : الطبعة الثالثة من قاموس وبستر الدولى(٥) ، والطبعة الثامنة من النسخة الموجهة لطلاب الكليات Collegiate(٦)، وكذا الطبعة

---

(١) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) : العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا ، وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . القاهرة : الدار المصرية اللبنانية . ص٥٧٥ .

(٢) الفيروز آبادى ، مجد الدين محمد بن يعقوب (١٩٨٧) : القاموس المحيط ، ط٢ . بيروت : مؤسسة الرسالة ، ١٩٨٧ ، ص٧٤٥ .

(3) The Oxford English Dictionary (1989) Op. Cit. p. 170.

(4) New International Webster's: Comprehensive Dictionary of English Language.- Deluxe Encyclopedia ed.- Florida: Trident Press International, 1998.- p. 135.

(5) Webster's Third New International Dictionary of the English language unabridged (1986) Op. Cit. p. 2862.

(6) Webster's Ninth New Collegiate Dictionary (1991) Massachusetts: Merriam- Webster Inc., 1991. p. 148.

الإلكترونية منه المتاحة على شبكة الإنترنت WWW ebster Dictionary[1] هذا المصطلح بأنه « استخدام مواد قرائية مختارة كمعينات علاجية أو محسنات إضافية للعلاج فى مجال الطب بصفة عامة ، والطب النفسى على وجه الخصوص ، كما يمكن أن يطلق هذا المصطلح أيضًا على ذلك النوع أو النمط من الإرشاد المستخدم لحل المشكلات الشخصية من خلال القراءة الموجهة » ، وهو التعريف الذى تبنته جمعية المكتبات الأمريكية ALA عام ١٩٦٦ .

٤ - أما قاموس الكتاب العالمى[2] فقد عرف هذا المصطلح على أنه « استخدام القراءة كأداة لتدعيم الأحاسيس والعواطف والارتقاء بها ، أو بمعنى آخر : الاستخدام العلاجى للكتب » .

٥ - أخيراً ، وبالبحث فى عدد من القواميس ومصادر المعلومات الإلكترونية المتاحة على شبكة الإنترنت ومقارنتها ، نخلص إلى أنها جميعًا تدور حول التعريفات الثلاثة التالية لمصطلح Bibliotherapy : [3][4][5]

(أ) مصطلح مكون من مقطعين يونانيين : الأول Biblion ويعنى كتابًا ، والثانى Therapeia ويعنى التداوى أو العلاج ، وهو يشير إلى استخدام كافة الأشكال الأدبية فى عملية العلاج أى العلاج ، من خلال الكتب Healing from the Books[6] .

(1) WWW ebster Dictionary- Search screen. http: // www. m- w. com/ cgi- bin/ m web (Cited 4/2/1999).

(2) The World Book Dictionary (1988) Chicago, Illinois: World Book, inc., 1988. p.195.

(3) Definitions of Bibliotherapy, http: // ruby. cqu. edu/ faculty/ education/biblio/ definit. html (Cited 4/2/1999).

(4) Ibid.

(5) Aiex, Nola Kortner (1998) Bibliotherapy. http: // www. indiana. edu/ ~eric- rec/ieo/ digests/ d82. html (Cited 9/8/1998).

(6) Rubin, Rhea joyce, Edt. (1978) Bibliotherapy: Source Book.- Arizona: Oryx Press, 1978.- p. xi.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy: A State of the Art. In: Advances in Library Administration and Organization.- Vol. 9, 1991.- p 30.

(ب) عملية أو نشاط مصمم لمساعدة الأفراد فى التغلب - أو على الأقل التعايش - مع مشكلات بعينها ، أو لتحقيق فهم أفضل للنفس البشرية ، من خلال ملاحظة ودراسة استجابتها للأعمال الأدبية المختلفة .

(جـ) مصطلح يشير إلى علاج المشكلات الاجتماعية عن طريق استخدام الكتب .

١-١-٢ - اصطلاحيًا

يشير البعض إلى أن أول تعريف اصطلاحى للعلاج بالقراءة ظهر عام ١٩٤١ فى مقال لـ هـ. م. تورك ***H. M. Turk*** مدير مستشفى ليما العام بولاية أوهايو الأمريكية ، وكان يركز على الممارسة المستخدمة آنذاك فى المجال الطبى ، وتحديدًا الطب النفسى . . هذا التعريف هو : « توظيف الكتب والقراءة فى علاج الأمراض العصبية »(١) ، ومن جانبه نحاول تقسيم التعريفات الاصطلاحية للعلاج بالقراءة ، حسب تخصصات المهتمين بهذا المجال ، على النحو التالى :

أولاً : من منظور المتخصصين فى الطب

بالبحث فى أحد القواميس الإلكترونية المتخصصة فى مصطلحات الصحة العقلية والمتاحة على شبكة الإنترنت(٢) ، وجد أنه يشير إلى أن « مصطلح العلاج بالقراءة Bibliotherapy يستخدم تبادليّاً مع مصطلح العلاج بالشعر Poetry Therapy ليصف الاستخدام المتعمد أو المقصود للشعر والأشكال الأدبية الأخرى للعلاج وتنمية الشخصية ، ويتطلب العلاج بالقراءة قدراً من التفاعل أثناء استخدام المواد الأدبية وإدارة النقاش حول ما تتضمنه ، سواء كان ذلك موجهًا إلى الأطفال فى المدارس والمستشفيات ، أو الكبار فى مراكز التأهيل النفسى والاجتماعى ، أو المسنين فى دور رعاية المسنين وكبار السن ، حيث يستخدم العلاج بالقراءة فى هذه الأماكن ليس فقط كوسيلة أو أداة للنمو والارتقاء ، ولكن أيضًا كوسيلة وقائية للصحة العقلية » .

(1) Ibid.

(2) Glossary of Mental Health Terms: Bibliotherapy/ Poetry Therapy. http:// mirconnect. com/ glossary/ poetrytherapy. html (Cited 9/2/1997).

كما أشار قاموس لونجمان لعلم النفس والطب النفسي[1] إلى أن مصطلح Bibliotherapy عبارة عن : « أحد أشكال العلاج التدعيمي الذي تجري فيه عملية اختيار دقيقة لعدد من القراءات الموصى بها لتحقيق أهداف بعينها ، مثل :

(أ) مساعدة المريض على الاستبصار بديناميات[2] شخصيته .

(ب) تيسير تقبل العلاج والاستجابة له ، وتدعيم المعنوية[3] .

(جـ) تقديم المعلومات الملائمة حول موضوعات بعينها ، مثل : الجنس ، المهنة ، الاهتمامات الجديدة ، والصحة العقلية . . . وغيرها ، وكذا تخفيف حدة التوتر[4] من خلال التخييل المثير Stimulating Fantasy[5] .

(1) Goldenson, Robert M. (1984) Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry. New York: Longman, 1984. p.97.

(٢) « الديناميات Dynamics » : هي تلك القوى المحركة التي تؤثر في المجال النفسي للفرد .
المصدر :
- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. 4th ed. Cairo: Madbouli Bookshop, 1994. p.245.

(٣) « المعنوية Morale » : هي القدرة على السيطرة على النفس والثقة بها ، والدافعية القوية على الاستمرار والابتهاج والعمل المنظم .
المصدر : - Ibid. p.489

(٤) « التوتر Tension » : هو ذلك الإحساس الذي يسببه الصراع الداخلي أو الضغط الخارجي ، والذي يصاحبه استعداد لتغيير السلوك لمواجهة عنصر تهديد الموقف ، وعادة ما يعتري الفرد إحساس التوتر هذا خلال معاناته من الانعصاب Stress الذي يحدث له من جراء وقوعه تحت ضغط Pressure .
المصدر : - Ibid. p. 881.

(٥) « التخييل المثير Stimulating Fantasy » : هو حيلة دفاعية للهروب من الواقع والحصول على الإشباع عن طريق تخيل النجاح أو الاستشهاد ، والتخييل حيلة مرغوب فيها وضرورية للإبداع ، ولكنه يكون خطراً ومعوقًا عندما يفضله الفرد على الواقع ويعجز عن التمييز بين الحقيقة والخيال (لذا يراعى توخي أقصى درجات الحذر والحيطة عند اللجوء إلى استخدامه وتطبيقه في مجال العلاج بالقراءة حتى لا يأتي بنتائج عكسية أو غير مرغوب فيها) .
المصدر : - Ibid. p. 301.

ثانيًا : من منظور المتخصصين فى علم النفس

بادئ ذى بدء ينبغى الإشارة إلى أن المتخصصين فى علم النفس – على اختلاف توجهاتهم والمدارس العلمية التى ينتمون إليها – يرون أن جوهر العلاج بالقراءة يتمثل فى أن تتم قراءة الكتب بالطريقة نفسها التى يتم بها إعطاء الأدوية فى الروشتة العلاجية ، على أساس أن القراءات المقدمة هنا مقصودة لتعزيز وتنمية الإدراك ، وكذا تدعيم ومساندة الصحة العقلية[1] ، ومن ثم فقد جاء فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى[2] أن مصطلح Bibliotherapy ومقابله العربى « العلاج بالقراءة » هو « أسلوب من أساليب تخفيف الاضطرابات النفسية الحادة عن طريق القراءة ، وذلك يتوقف بالطبع على محتوى المادة المقروءة وعلاقتها باهتمامات الفرد ، وتوضيح مفاهيم أو تصحيحها ، وتعميق معان خاصة لديه ، وهنا تصبح مساعدة فى تحقيق الفهم والاستبصار Insight[3] وتهيئة الفرد للعلاج ، وأثر هذا الأسلوب يتوقف على عدة عوامل أساسية ، منها : حالة الفرد النفسية ، وخلفيته الثقافية ، ومدى اقتناعه بذلك الأسلوب . وعمومًا فإنه يمكن أن يكون أسلوبًا مساعدًا ، ولابد من تدخل علاجى لتدعيمه » .

أما قاموس علم السلوك[4] فقد عرف مصطلح Bibliotherapy بأنه « استخدام

(1) Bibliotherapy. http:// www.csc-scc.gc.ca/crd/litrev/lit3e.html (Cited 30/8/1998).

(٢) فرج عبد القادر طه (وآخ) (١٩٩٣) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى . القاهرة : دار سعاد الصباح ، ١٩٩٣ ، ص٥٠٤ .

(٣) « الاستبصار أو التبصر Insight » : يعنى الإدراك المباشر لمعنى الشيء ، أو الوعى بالصلة بين السلوك وبين الهدف أو الغاية ، كما يعنى أيضًا فهم الفرد لذاته ومعرفته بحقيقتها ، وبالتالى فإن استبصار المريض يعنى أنه على وعى بمرضه وحاجته للعلاج ، وهو ما يعد خطوة أولى وأساسية نحو الشفاء .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p. 395.

– فرج عبد القادر طه (١٩٩٣) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى . مرجع سابق . ص٧٥ .

(4) Wolman, Benjamin B. (1989) Dictionary of Behavioral Science/ Compiled and edited by Benjamin B. Wolman. 3rd ed. New York: Academic Press, Inc., 1989. p. 41.

القـراءة كـتكنيك أو أسلوب عـلاجى » . كـذلك جـاء فى مـوسـوعـة علم النفس[١] أن مـصطلح Bibliotherapy هو أحـد أشكال العـلاج النفسى التـدعـيـمى ، ويشـيـر إلى استخدام كـافة الأشكال الأدبية ، سواء المطبوع منها أم غير المطبوع ، بما فى ذلك المواد السمعية والبصرية كمعينات فى عملية العلاج ، وهو من الممكن أن يطبق على مريض واحد فيما يعرف بأسلوب العلاج الفردى واحد إلى واحد One-to-One ، أو يطبق على مجموعة من المرضى فيما يعرف بالعلاج الجمعى Group base وذلك إما فى المستشفيات أو العيادات ، أو المراكز التعليمية ، أو التأهيلية ، أو دور المسنين ، أو الإصلاحيات ، ومن ثم فـهـو يستـخـدم مع الأفـراد الذين هم فى حـاجـة إلى النصح والمشـورة كـسـبـيل للحصول على المعلومات اللازمة والملائمة . . تمامًا مثلما يستخدم كأسلوب للتقويم مع الشخصيات غير السوية أو غير المتوافقة .

هذا ، وتعتبر المواد المستخدمة فى العلاج بالقراءة وسائل دينامية فعالة لاستدعاء وتسجيل عديد من الصور الذهنية والمشاعر ، ووضع اليد على الصراعات النفسية التى لم تحسم[٢] ، وقد يكون الموضوع محور القراءة مختاراً بهدف تحقيق التشارك فى المعلومات وتبادلها ، أو بهدف تحديد الاحتياجات العاطفية Emotional needs[٣] ، ويكون فى غاية الفعالية عندما ينفذ إلى مستوى العاطفة والوعى لدى الفرد[٤] .

(1) Corsini, Raymond J. (1994) Encyclopedia of Psychology. 2nd ed. New York, John Wiley & Sons, 1994. p.163.

(2) Ibid. p.163.

(٣) « الحاجات العاطفية Emotional needs » : هى تلك الحاجات التى يثيرها الضغط المفاجئ دون نية سابقة أو وجود عدم توازن ، وينفعل بها الفرد فى لحظتها تلقائياً . و« العاطفة Emotion » على الرغم من اللغط الكثير الذى يدور حول تعريفها ، فإن الإجماع ينعقد على أنها استجابة شديدة التعقيد ، تشتمل على درجة عالية من النشاط والتغيرات الحشوية فى التنفس والنبض والإفراز الغددى والحالة العقلية ، وتصحبها مشاعر قوية ، وجيشان فى الشعور ، ودافع إلى انتهاج سلوك معين .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p.505.

(4) Corsini, Raymond J. (1994) Encyclopedia of Psychology.Op. Cit. p.163.

وينضوى العلاج بالقراءة تحت مظلة العلاج المعرفى[1] السلوكى ، وهو ما يؤكده بعض المتخصصين حيث يعرفونه بأنه « برنامج للعلاج المعرفى السلوكى موجه مباشرة للتغلب على مشكلة حالية ، أو للتخفيف عن أو شحذ همم الأفراد ، أو لتحقيق المواجهة الفعالة للمواقف المختلفة التى قد تؤدى إلى ضغوط نفسية عظيمة ، ومن ثم فهو يستهدف القيم والاتجاهات كدوافع للسلوك أو عوامل تؤدى لتغييره ، أو على الأقل فهو يستخدم كمكمل فعال للبرنامج العلاجى بالعقاقير »[2] ، وأنه « يركز على التغيير المباشر لكل من العملية المعرفية والسلوك ، ويهدف إلى بيان وتصحيح أنماط التفكير المشوه الذى يؤدى إلى مشاعر وسلوكيات مزعجة ومنفرة ، وإلى الانهزام والتدمير الذاتى ، بمعنى آخر إحلال نمط آخر من التفكير أكثر اتزانًا يقود إلى سلوك أكثر فعالية وإفادة بدلاً من التفكير المختل »[3][4] .

وهذا يتأتى من منطلق أن كثيراً من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات تعتمد إلى حد كبير على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به ، ويعمل العلاج بالقراءة فى هذا السياق على تغيير هذه المعتقدات من خلال طرح معلوماتى هادف كخطوة أولية ضرورية لابد وأن تسبق أى تغيير حاسم فى شخصية المريض ، وكذلك الأعراض التى دفعته لطلب العلاج ، فكثير من مرضى الاضطرابات النفسية غالبًا ما يكون سلوكهم الدفاعى وغير الواقعى ناتجًا عن

---

(١) « المعرفة Cognition » : هى عملية عقلية يصبح الفرد بمقتضاها واعيًا ببيئته الداخلية والخارجية ، وعلى اتصال مستمر بها . ومن أمثلة العمليات المعرفية : الإدراك ، الانتباه ، التذكر ، الربط ، الحكم ، التفكير ، الوعى .
المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p.143.

(2) Bibliotherapy. http:// www.csc-scc.gc.ca/crd/Litrev/Lit3e.html (Cited 30/8/1999).

(3) Glossary of Mental Health Terms: http:// mirconnect. com/ glossary/ poetrytherapy. html (Cited 9/2/1997).

(4) Gonzalez, John (2001) Therapies Can Jump Start Your Life. http://www. nami-scc.org.index. html (Cited 7/5/2001).

نقص أو خلل - أو حتى تشوه - فى معلوماتهم عن أساليب السلوك الملائمة أو محتوى هذا السلوك ، فعدم معرفة ما هو الصحيح قد يؤدى للإسراف فى ممارسة ما هو خاطئ ، بمعنى أنه كلما زاد الوعى والتبصر أو الاستبصار بأن ثمة بدائل فكرية صحيحة ، ازدادت جاذبية تلك الأفكار الصحيحة واحتمال تبنيها كأسلوب دائم وجديد فى الشخصية[1] ، والفكرة الرئيسة التى تعتمد عليها أساليب تعديل التفكير فى هذا السياق تقوم على حقيقة أنه لا يمكن الفصل بالنسبة للسلوك الإنسانى بين جوانب التفكير والانفعال والسلوك أو الفعل ، فجميع هذه الجوانب تتفاعل فيما بينها ويكمل بعضها البعض[2] .

ثالثا : من منظور المتخصصين فى المكتبات والمعلومات

بحلول عام ١٩٦١ ظهر تعريفان معتمدان للعلاج بالقراءة ، أولهما فى قاموس وبستر الدولى والذى سبقت الإشارة إليه ، وهو : « استخدام مواد قرائية مختارة كمعينات علاجية أو محسنات إضافية للعلاج ، وذلك فى مجال الطب بصفة عامة والطب النفسى على وجه الخصوص ، كما يمكن أن يطلق هذا المصطلح أيضًا على ذلك النوع أو النمط من الإرشاد المستخدم لحل المشكلات الشخصية من خلال القراءة الموجهة » ، وتعريف آخر فى قاموس Random House Dictionary وهو : « استخدام القراءة كوسيلة مساعدة للعلاج »[3] .

وتشير أليس ج. سميث *Alice G. Smith*[4] إلى أن جمعية المكتبات الأمريكية قد تبنت هذا التعريف الوارد فى قاموس وبستر الدولى كتعريف محدد للعلاج بالقراءة

(١) عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) : العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث : أساليبه وميادين تطبيقه . القاهرة : دار الفجر للنشر والتوزيع ، ١٩٩٤ . ص ص ٢٧٣-٢٨٣ .
(٢) المرجع نفسه ، ص٢٩٠ .

(3) Rubin, Rhea joyce, Edt. (1978) Bibliotherapy: Source Book.Op. Cit. p30.

(3) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy: A State of the Art. In: Advances in Library Administration and Organization.- Vol.9, 1991.- p31.

عام ١٩٦٦ ، ومع تزايد الممارسات المستخدمة فى مجال العلاج بالقراءة ، وتعدد الأهداف التى يسعى لتحقيقها من ورائه وتزايد كم المشتغلين والمهتمين به ، اتسع نطاق هذا التعريف .

ومن جانبه يعرف *الدكتور شعبان عبد العزيز خليفة* فى الطبعة التذكارية من قاموس البنهاوى[1] العلاج بالقراءة Bibliotherapy على أنه : « الاستعانة بقراءات مختارة لأغراض علاجية فى الطب النفسى والصحة العقلية ، وتهدف القراءة العلاجية إلى تحسين نظر المرء إلى الأمور ، وإلى تعديل وتهذيب سلوكه ؛ لذلك تمارس غالبًا لعلاج الأفراد ذوى المشكلات الشخصية أو الاضطرابات العاطفية أو النفسية أو العقلية » . كما يعرف أخصائى العلاج بالقراءة أو البيليوثرابى Bibliotherapist بأنه « شخص لديه مهارة فى العلاج بالقراءة ، ومعرفة واسعة بالأدب ، خاصة الخيالى (القصص) وترشيد القراءة ، ودراية بالتحليل النفسى والتوجيه والاتصال ، وقدرة على التعامل مع الأفراد والجماعات »[2] .

أما الموسوعة الدولية لعلم المكتبات والمعلومات فتشير إلى أن العلاج بالقراءة هو[3] « علاج باستخدام مواد قرائية للمساعدة فى حل المشكلات العاطفية والعقلية والاجتماعية ، ويتم تطبيقه من جانب أمناء المكتبات ، والمرشدين ، والأخصائيين النفسيين ، والأخصائيين الاجتماعيين ، والمدرسين ، بمساعدة بعض المتطوعين أو

(1) Shaban A. Khalifa (1991) Al- benhawy Glossary of Library and Information Science Terms. Memorial Edition. Cairo: Al- arabi, 1991. p.54.

(2) Ibid.

(3) Feather, John & Paul Sturges (edts.) (1997) International Encyclopedia of Information and Library Science. New York: Routledge, 1997. p. 33.

دونهم ، ويتضمن برنامج العلاج بالقراءة ثلاث مراحل أساسية ، هي : التعين أو التوحد أو التقمص Identification[١] ، التفريغ Catharsis[٢] ، الاستبصار Insight[٣] .

وأخيراً نجد في كل من المعجم الموسوعي لمصطلحات المكتبات والمعلومات ، والموسوعة العربية لمصطلحات علوم المكتبات والمعلومات والحاسبات ، التعريف التالي للعلاج بالقراءة : « استخدام القراءة الانتقائية والمواد الأخرى ذات العلاقة بالعلاج في الطب البشري والصحة العقلية . وكجانب من جوانب فن المكتبات في المستشفيات والمعاهد العلاجية ، فإنها تحتاج إلى معرفة واسعة بالإنتاج الفكري وبفنون قيادة

(١) « التوحد أو التقمص Identification » : هي حيلة يلجأ إليها الفرد ليزيد بها من قدر نفسه ، بأن يمد هويته إلى شخص آخر ، أو يقترض هويته من شخص آخر ، أو يخلط ويدمج هويته بهوية شخص آخر ، ومن أمثلته : « التوحد الإسقاطي » الذى يتصور فيه الفرد نفسه داخل آخر خارج عنه ، وهو نوع من الدفاع يلجأ إليه ليخلق لدى نفسه وهماً بأنه يسيطر بهذه الطريقة على الشخص الآخر ، وبذلك يظن بنفسه القوة التى يفتقدها فى نفسه ويجدها لدى الآخرين ، وكذلك يحقق لنفسه الإشباع بأن يتصور أن الإشباع الذى يحققه الآخر لنفسه بقوته ، هو إشباع لنفسه هو ، و « التوحد الاستدماجي » الذى يرى فيه المرء آخر داخله ، ويتصور هذا الآخر وكأنه جزء منه هو نفسه ، أى يتعين به باستدماجه داخله .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p378.

(٢) « التفريغ Catharsis » : هو إفراغ الحصر والتوتر بواسطة استدعاء المادة المكبوتة وإخراجها واستكشاف المزيد الذى له مغزى منها ، وهذه الانفعالات الحبيسة عادة ما تصاحب خبرات معينة . وقد يتم التفريغ إما على المستوى الشعورى بأن يحكى الشخص عما يزعجه ويضايقه ويطلق العنان لانفعالاته يعبر بها عن حقيقة مشاعره ، وإما على المستوى اللاشعورى باستدعاء الخبرات والذكريات المؤلمة أو الصادمة ، ويعيش انفعالاته بأن يفهم أبعادها والطريقة التى تسببت له فى الأعراض التى يشكو منها ، وهذه المعايشة لها تشفيه منها ، فتزول عنه الأعراض المرتبطة بها ، وعلى الرغم من أن النوع الأول من التفريغ قد يريح صاحبه ، إلا أنه يعد سطحياً مقارنة بالأثر العلاجى للنوع الثانى الذى من شأنه أن يحقق للمريض مستوى من الوعى والاستبصار بحقيقة القوى اللاشعورية التى تنخر فى جهازه النفسى وتتسبب فى تداعيه بالمرض .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1995) Encyclopedia of Psychology. Op. Cit. p385.

(٣) سبق تعريفه .

المجموعة والتوجيه الفردى . وأخصائى القراءة العلاجية هو ذلك الخبير بالمداواة بالقراءة واختيار المواد الصحيحة لأغراض المداواة بغير عقاقير ، ويكون لهذا الشخص خبرة بالتحليل النفسى وترشيد القراءة والقدرة على التعامل مع الأفراد والجماعات »(١)(٢) .

وباستقراء هذه التعريفات السابقة - اللغوية منها والاصطلاحية - وتحليلها ثم مقارنتها ، يمكننا الخروج بالتعريف الإجرائى التالى لمصطلح العلاج بالقراءة :

« عملية يتم فيها استخدام مختلف أنماط النتاج الفكرى أياً كان الشكل المادى الذى صب فيه ، ثم إقامة حوار ونقاش حول هذا النتاج ، بشكل منهجى منظم ضمن برنامج علاجى تدعيمى تأهيلى سابق الإعداد ، يهدف إلى مساعدة فرد بعينه أو مجموعة أفراد فى التغلب على ما يعانونه من مشكلات نفسية أو بدنية أو اجتماعية . . . إلخ ، من خلال تبصيرهم بأبعاد تلك المشكلات كخطوة أولى نحو حلها أو على الأقل التعايش معها ، وهو إما أن يكون مؤسسياً أو إكلينيكياً أو تنموياً » .

وبتحليل هذا التعريف نجده يشتمل على العناصر العشرة الأساسية التالية :

١ - استخدام مختلف أنماط النتاج الفكرى فى العلاج بالقراءة ، سواء أكان هذا النتاج أدبيًا خياليًا Fiction أم حقائقيًا Non-fiction وسواء أكان أيضًا فى قالب قصة أم مسرحية أم قصيدة شعرية أم فيلم أم مسلسل . . . إلخ .

٢ - استخدام مختلف الأشكال المادية التى يمكن أن يقدم من خلالها هذا النتاج الفكرى : من مطبوع على ورق ، أو مسجل على مصغرات فيلمية أياً كان نوعها ، أو مسجل على أشرطة ممغنطة تعمل على أجهزة التسجيل والعرض المسموع أو المرئى أو المسموع والمرئى معًا ، أو أشرطة وأقراص ممغنطة ، أو أقراص مليزرة تعمل من خلال أجهزة الحاسب الآلى ، وهو الأمر الذى يضمن عدم قصر إمكانية العلاج بالقراءة على من يجيدون مهارة القراءة فقط .

(١) أحمد محمد الشامى ، وسيد حسب الله (١٩٨٨) : المعجم الموسوعى لمصطلحات المكتبات والمعلومات = Encyclopedia Dictionary of Library and Information Science Terms . الرياض : دار المريخ ، ١٩٨٨ . ص١٤٧ .

(٢) أحمد محمد الشامى ، وسيد حسب الله (٢٠٠١) : الموسوعة العربية لمصطلحات علوم المكتبات والمعلومات والحاسبات = Arabic Encyclopedia of Library, Information and Computer Terms . القاهرة : المكتبة الأكاديمية ، ٢٠٠١ ، ص ص٣١٣ ، ٣١٤ .

٣ – أن يستتبع تقديم المواد المستخدمة فى العلاج بالقراءة إقامة حوار ونقاش حولها ، لبيان ما إذا كانت قد أحدثت أثرًا ما فى نفس الفرد أم لا . . ثم الوقوف على الأسباب التى تقف وراء هذا ، واتخاذ الإجراءات المناسبة إزاء ذلك ؛ لتوجيه عملية العلاج نحو الهدف المرسوم لها .

٤ – ضرورة أن تتم عملية العلاج بالقراءة هذه ضمن برنامج علاج معد مسبقًا ، واضح الهدف ، ومرسوم الخطوات ، ومحدد الوسائل والأدوات ، ومعيَّن الأفراد منفذى العمليات ، ولا يعنى مصطلح « علاج » هنا ضرورة أن يكون الفرد المعالج مريضًا ، ولكن قد يخضع للعلاج بالقراءة أيضًا أفراد أسوياء عاديون يعانون من مشكلات حياتية : كالطلاق أو وفاة عزيز . . . إلخ .

٥ – العلاج بالقراءة علاج تدعيمى[١] تأهيلى[٢] ، ومن ثم لا ينبغى النظر إليه على أنه بديل للعلاجات الأخرى : كالمعتمدة على العقاقير والأدوية مثلاً ، ولكنه فى الواقع يعتبر مكملاً لها ومحفزًا لها على أن تأتى بالأثر الإيجابى المحمود والمرجو .

٦ – إمكانية استخدام العلاج بالقراءة بشكل فردى مع شخص واحد بعينه One-to-One ، أو مع مجموعة أفراد فى الوقت نفسه فيما يعرف بالعلاج الجمعى One-to-many (or Group Base) .

(١) « التدعيم أو التعزيز Reinforcement » : ينطلق جوهره النظرى من حقيقة أن الفرد يولد مزودًا بمجموعة من الاستجابات التى تهدف إلى إشباع حاجاته الأساسية ، وأن تلك الاستجابات تستدعى إذا ما استثيرت تحت تأثير تلك الحاجات ، ومكمن عملية التدعيم هو عملية إشباع الحاجة ، واختزال التوتر الناشئ عنها ، فإذا حدث وترتب على سلوك الفرد تدعيمٌ أو تعزيزٌ ما ، فإن السلوك يثبت ويدعم ، وكلما تكرر السلوك مدعمًا تحول هذا السلوك إلى عادة ثابتة .
المصدر :
– فرج عبد القادر طه (١٩٩٣) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى . مرجع سابق ، ص٢١٤ .

(٢) « التأهيل Rehabilitation » : هو استعادة قدرة أو قدرات مفقودة بعد أن كان قد أصابها سوء .
المصدر :
- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p.723.

٧ – تنوع أنماط المشكلات التى يمكن استخدام العلاج بالقراءة فى مجابهتها ما بين مشكلات نفسية وبدنية واجتماعية . . . إلخ .

٨ – ضرورة تحقيق استبصار أو تبصر المريض[١] بمشكلته كأولى الخطوات الأساسية على طريق مساعدة المريض فى حل مشكلته أو تعايشه معها ، ويتأتى هذا الاستبصار بعد مرحلتين مهمتين ضمن منظومة العلاج ، وهما : التعين أو التوحد Identification ، والتفريغ Catharsis .

٩ – لا يعنى استخدام العلاج بالقراءة ضرورة حل المشكلة والخلاص منها ، ولكن قد يستخدم هذا العلاج فى مساعدة الفرد على التعايش مع مشكلته وتقبلها ، والتواؤم معها ، والنظر إليها على أنها جزء لا يتجزأ من ذاته هو ينبغى عليه تقبله والرضى به ومصادقته ، والتحول من التفكير فى لفظه ونبذه ، إلى التفكير فى تقبله وخلق الظروف التى تعينه عليه ، وعلى احتوائه ، وخفض الآثار السلبية المرتبطة به .

١٠ – هناك ثلاثة أنواع من العلاج بالقراءة : مؤسسى ، كلينيكى ، تنموى ، وسيرد لاحقًا شرح كل نوع من هذه الأنواع بشكل أكثر تفصيلاً .

ختامًا لهذا الجزء ، هناك تساؤل أثار وما زال يثير كثيراً من اللغط حول جوهر ماهية العلاج بالقراءة ، وهو : هل العلاج بالقراءة علم أم فن ؟ ويجيبنا ***الدكتور شعبان خليفة*** عن هذا التساؤل فى كتابه[٢] قائلاً : إن وصف القراءة لعلاج مرض عقلى أو بدنى فعلى يمكن النظر إليه على أنه علم الببليوثرابيا ، أما محاولة علاج عيوب الشخصية ، أو مساعدة الفرد فى حل مشكلاته الشخصية من خلال التوصية أو الاقتراح بقراءات محددة مناسبة من جانب أمين المكتبة أو أى فرد آخر خارج الهيئة الطبية ، فيمكن النظر

(١) الفرق بين « الاستبصار » و« التبصر » أن الأول عادة ما يتم بمساعدة وتدخل من الخارج بهدف معاونة المريض على فهم حالته وطبيعة مرضه ، أما الثانى – أى التبصر – فعادةً ما ينبع – يقصد عمدًا أن ينبع – من داخل المريض ، حتى ولو تم ذلك بإيحاء ومساعدة خفية من أفراد خارجيين .

(٢) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) : العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا ، وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . القاهرة : الدار المصرية اللبنانية ، ص ص٣٧ ، ٣٩ .

إليه على أنه فن البيليوثرابيا . . . (ومع ذلك فهو يعود ويؤكد على أن « تقسيم البيليوثرابيا إلى علم وفن لا يعنى بالضرورة التمييز بين البيليوثرابيا الطبى وغير الطبى ؛ فسواء استخدم العلاج بالقراءة فى سياق طبى أو غير طبى فإن استخدامه لابد وأن يتخذ اتجاهًا علميًا أكاديميًا وتقييمًا سليمًا مبنيًا على أسس وقواعد وقوانين » . . .) .

١-٢ - النشأة ومراحل التطور

على الرغم من أن بداية ظهور مصطلح العلاج بالقراءة يرجع إلى النصف الأول من القرن العشرين ؛ إلا أن الممارسة العملية لهذا العلاج - وكما ذكرنا سابقًا - ترجع إلى أبعد من ذلك بكثير ، حيث تضرب بجذورها العميقة إلى الحضارة المصرية القديمة ، إذ فطن قدماء المصريين إلى القوة التأثيرية التحويلية للكتاب ، سواء أكان هذا التأثير بالإيجاب أم السلب ، ومن ثم نجدهم كانوا يقرأون بعض مقاطع من الشعر والأدب والحكم ، وكذا بعضًا من التراتيل والتلاوات التى يضمها « كتاب الموتى » على مسامع المرضى ومن يحتضر ، بهدف طمأنتهم وبث السكينة والهدوء فى نفوسهم ، بل إنه فى مكتبة الإسكندرية نفسها كانت غرفة القراءة أو قاعة القراءة الخاصة بالملك رمسيس يطلق عليها « مستشفى الروح Hospital of the Soul »[١] .

وعلى الرغم من أن العلاج بالقراءة آنذاك كان يركز على العلاج الجسدى ، إلا أنه كان يتعرض كذلك للتغيرات العاطفية وحل المشكلات الاجتماعية وتحقيق التوافق الحياتى ، وعن المصريين القدماء نقل اليونانيون هذا الأسلوب فى العلاج حتى أنهم كانوا ينقشون على أبواب مكتباتهم عبارات مثل « مكان علاج الروح »[٢] ، ثم تطور الأمر بعد ذلك واتخذ صورة أخرى خلال عصر الدولة الإسلامية ، وتحديدًا فى القرن

(1) Jackson, Holbrook. (1981) The Anatomy of Bibliomania.- New York: Avenel Books, 1981.- p.337.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.32.

(2) Pardeck, John T. (1998) Using Books in Clinical Social Work Practice: A Guide Bibliotherapy.- New York: The Haworth Press, 1998. p.1.

الثالث عشر الميلادى إبان حكم الخليفة المنصور[1] ، حيث كان يتم - إلى جانب الخدمات الصحية العلاجية بالمستشفى ، أو كما كان يسمى « البيمارستان » الذى يحمل اسم الخليفة بالقاهرة آنذاك - تقديم خدمة أخرى تمثلت فى قيام أحد الشيوخ بتلاوة بعض آيات من القرآن الكريم .

ويروى « حسن آل حمادة » نقلاً من كتاب « قصص العرب » واقعة تؤكد أهمية وتأثير الشعر فى نفوس العرب ، حيث ذكر أنه « لما مات جعفر بن أبى جعفر المنصور ، مشى أبوه فى جنازته من المدينة إلى مقابر قريش ، ومضى الناس أجمعين معه حتى دفنه ، ثم انصرف إلى قصره ، وأقبل على الربيع فقال : يا ربيع ، انظر مَن من أهلى ينشدنى : (أمن المنون وريبها تتوجع) حتى أتسلى بها عن مصيبتى . (تتمة البيت : والدهر ليس بمعتب من يجزع) .

قال الربيع : فخرجت إلى بنى هاشم وهم بأجمعهم حضور ، فسألتهم عنها ؛ فلم يكن فيهم أحد يحفظها ، فرجعت فأخبرته . فقال : والله لمصيبتى بأهل بيتى ألا يكون فيهم أحد يحفظ هذا ؛ لقلة رغبتهم فى الأدب ، أعظم وأشد علىَّ من مصيبتى بابنى !

ثم قال : انظر هل فى القواد والعوام من الجند من يعرفها ؟ فإنى أحب أن أسمعها من إنسان ينشدها ؛ فخرجت فاعترضت الناس ؛ فلم أجد أحداً ينشدها إلا شيخًا كبيراً »[2] .

ويكفى العرب فخراً - كما أشير سابقًا - أن أول مستشفى عقلى فى العالم قد شيدت فى بغداد بالعراق عام ٧٠٥ ميلادية ، ثم فى عام ٨٠٠ ميلادية شيدت مستشفى قلاوون بالقاهرة ، والتى تمثل نموذجًا ملفتًا للرعاية النفسية حيث كانت تنقسم إلى أربعة أقسام : الجراحة ، الأمراض الباطنة ، العيون ، الأمراض العقلية ، ويعتبر ذلك دليلاً

(1) Tews, Ruth M. (1986) «Bibliotherapy» *In:* Allen Kent and Harold Lancour (Edts.) Encyclopedia of Library and Information Science. New York: Dekker, 1986. vol. 2,p. 448.

(٢) حسن آل حمادة (٢٠٠٢) : العلاج بالقراءة فى الأدب العربى . الفيصل . ع٣١٠ (يونيو/ يوليو ٢٠٠٢) ، ص٢٧ .

على أن العرب قد سبقوا الاتجاه العالمي الحديث بنحو ستة قرون فيما يتعلق بعلاج مرض النفس والعقل بالمستشفيات العامة ، كما أن الهبات الكثيرة التي كانت تنهال على هذه المستشفى من جانب الأثرياء للارتقاء بمستوى العلاج وإعانة المرضى ، لدليل آخر على اشتراك المجتمع آنذاك في رعاية المرضى النفسيين[١] .

وعلى الجانب الآخر حيث الحضارة الغربية ، يشير البعض إلى أن هناك تاريخًا طويلاً وموثقًا يؤكد اعتقادهم الراسخ في قوة الكلمة أو الكتاب[٢] ، تمثل ذلك في حرص بعض المستشفيات والمصحات في أوروبا - وخاصة بريطانيا وفرنسا وألمانيا - خلال القرنين الثامن عشر والتاسع عشر بالمواظبة على تخصيص شخص لقراءة بعض أجزاء من الإنجيل للمرضى ، سواء المصابين بمرض نفسي أو مرض عضوى ، وبمرور الوقت أصبحت المكتبات الموجودة بالمستشفيات والملاجئ تضم إلى جانب الكتب المقدسة والكتابات الدينية والروحانية ، كتبًا في مجالات موضوعية أخرى مثل : التاريخ ، والسير الذاتية ، والقصص ، والروايات . . وكل تلك الموضوعات من شأنها أن تخفض من حدة الاستثارة والاكتئاب لدى المرضى[٣] .

أما الإرهاصات الأولى للعلاج بالقراءة كممارسة منضبطة ونمط من العلاج المحدد الهدف ، فترجع إلى عام ١٨٠٢ . . حيث أطلق ***الدكتور بنيامين رش Benjamin Rush***[٤] دعوته التقدمية إلى استخدام القراءة في علاج المرضى العقليين ، ثم ما لبث أن أوصى في عام ١٨١٢ بضرورة استخدام كتب القصص والكتب الدينية ضمن روشتة العلاج لمرضاه العقليين كتكنيك تحويلي من جانبه يسعى من خلاله إلى صرف أذهان هؤلاء

(١) أحمد عكاشة (١٩٩٨) : الطب النفسي المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية . ص٢٩ ، ٣٠ .

(2) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.32.

(3) Tews, Ruth M. (1983) «Bibliotherapy». Op. Cit, p. 448.

(4) Brown, Eleanor Frances. (1974) Bibliotherapy and Its Winding Applications.- New Jersey: Crow Press,- pp. 13, 14.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.33.

المرضى عن التفكير فى مشكلاتهم ومرضهم ، وقد ذكر ذلك صراحة فى كتابه «التساؤلات والملحوظات الطبية حول الأمراض العقلية» قائلاً : « عندما لا يكون هناك استمتاع بالقصص البسيطة الممتعة الواردة فى الكتاب المقدس ، فإننا يجب أن نوصى مرضانا بقراءة الكتب القصصية الأخرى »[1] ، ومقصده من وراء ذلك أنه إذا لم يتم إلهاء عقول المرضى بالقصص البسيطة المذكورة فى الكتاب المقدس - الإنجيل - أو غيرها من القصص الأخرى ، فسوف ينشغلون بالمشكلات التى يعانون منها والأمراض التى تعتريهم .

هذا ، وقد قام « *بنيامين رش* » فيما بعد بتوسيع نطاق القراءات لتتضمن الصحف اليومية ، والكتب المدرسية والعلمية ، وذلك حسب توجهات احتياجات المرضى . . أو بالأصح : القراء . وكما أظهر « *رش* » نجاحًا باهرًا على الصعيد العملى مع المرضى العقليين ، أحدثت أيضًا أعماله المنشورة تأثيرًا حيويًا فى الممارسات المتبعة ليس فى أوروبا فحسب ، بل امتد تأثيرها إلى خارج القارة حتى وصل إلى الجانب الآخر من المحيط وانعكس على الطب النفسى بالولايات المتحدة الأمريكية ، كما أدت كذلك بحوثه هذه فى نهاية القرن التاسع عشر إلى تشعب وتنوع خدمات المكتبات هناك .

أما أول بحث نشر حول العلاج بالقراءة ، فهو ذلك البحث الذى قدمه ***جون مينسون جالت John Minson Galt*** للجمعية الأمريكية لمرضى العقول ، والتى أصبح اسمها فيما بعد « الجمعية الأمريكية للطب النفسى » ، ثم نشر لاحقًا فى شكل مقال عام ١٨٥٣ تحت عنوان « القراءة والترويح والتسلية لمرضى العقول » ، وقد اشتمل على مجموعة من الأهداف ومواطن الأهمية الخاصة بالعلاج بالقراءة ، مثل :

١ - صرف عقل المريض عن الأفكار المرضية وأوهام الضلالات أو الهذاءات Delusions[2] .

(١) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) : العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا ، وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص٥٧ .

(٢) « الهذاء أو الضلال Delusion » : هو رأى أو اعتقاد زائف لا يزعزعه المنطق يتعارض مع ثقافة الشخص ومستواه العلمى ، والشخص المعرض للإصابة بالهذاءات هو الشخص كثير الشك المحب للجدل ، ومن أعراض الهذاء اضطراب الحكم على الأشياء .
المصدر :
- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p.201.

٢ - تزجية الوقت والترويح عن المريض ، وتحقيق القناعة والرضا للمريض .

٣ - ترسيخ إحساس إيجابى لدى المريض بأن المؤسسة العلاجية تحرص على تحقيق السعادة والرفاهية له .

كما أشار البعض إلى ضرورة أن يلائم الكتاب المقتنَى احتياجات المريض ، واقترح فى إطار ذلك موضوعات يمكن تقديم كتب للعلاج بالقراءة فى إطارها ، مثل : التاريخ والتراجم والرحلات والشعر وبعض القراءات الدينية ، مع الحرص والحذر عند تقديم هذه الفئة الأخيرة - أى الكتب الدينية - لأنها قد تؤدى مع بعض المرضى إلىٰ تدعيم ما لديهم من أوهام وضلالات مرضية .

كذلك يعتبر المقال الذى أعده ***ويليام ك. بيتى William K. Beatty*** - المكتبى وأستاذ العلاج بالقراءة بكلية الطب بجامعة نورث ويسترن North Western University Medical School بولاية شيكاغو عام ١٩٠٢ - من العلامات الفارقة فى تاريخ العلاج بالقراءة(١) .

أما بداية الاهتمام بالعلاج بالقراءة من جانب المكتبيين ، فيرجعها البعض إلى عام ١٩٠٤(٢) حيث شهد هذا العام تحديد مكتبة مستشفى ماكلين McLean ، التابع لمستشفى ماساشوسيتس العام بولاية ماساشوسيتس الأمريكية - التوصيف الوظيفى للمكتبى الذى يعمل بها ، والذى كان من بين عناصره المهارة فى اختيار وتوظيف الكتب المناسبة للمرضى ، وكذلك القدرة على إقامة الحوار وحلقات النقاش حول تلك الكتب مع هؤلاء المرضى ، وتعتبر ***إ. ك. جونز E. K. Jones*** هى أول أمينة مكتبة تناط بها مسئولية برنامج مخصص للعلاج بالقراءة للمرضى العقليين بهذه المستشفى ، وللأسف الشديد فقد توقف هذا البرنامج بعد فترة وجيزة من الازدهار ؛ نتيجة نقص المخصصات المالية المرصودة له ، وانتهاء عمل هذه الأمينة الرائدة ضمن فريق العمل المنوط به ، وعليه

(1) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.29.

(2) Brown, Eleanor Frances. (1974) Bibliotherapy and Its Winding Applications.- New Jersey: Crow Press,- pp. 281- 282.

<u>As Cited in:</u> Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.33.

فيمكننا التأريخ ، بداية من ذلك التاريخ ، لبدء الاعتراف العملى بالعلاج بالقراءة كأحد فروع تخصص المكتبات ، فضلاً عن كونه علاجًا مساعدًا للمرضى[1][2] .

كذلك استخدمت الكتب ضمن البرنامج العلاجى الموجه للجنود إبان الحرب العالمية الأولى ، حيث كان هناك فى المستشفيات العسكرية ما يعرف بمكتبات فترة الحرب War Time Libraries ، والتى كان يتم فى إطارها تزويد المستشفيات العسكرية أثناء هذه الحرب بعدد من الكتب من قبَل جمعية المكتبات الأمريكية ALA ، وكانت الخدمة المكتبية فى مستشفيات القوات المسلحة Veterans قد نشأت فجأة عقب الحرب بهدف العلاج عن طريق الكتب والقراءة . وتعد ***سادى ب. ديلانى Sadie P. Delaney*** من أبرز المكتبيين الذين قاموا بهذا النمط من العلاج ، حيث قامت خلال أوائل القرن العشرين بمد الخدمة المكتبية من مكتبة نيويورك العامة لتغطى احتياجات المرضى بتلك المستشفيات .

وقد أثبتت « ***سادى*** » نجاحها كمعالج بالقراءة لدرجة دفعت كثيراً من الطلاب ودارسى تخصص المكتبات إلى التتلمذ على يديها وتعلم منهاجها وطريقتها فى العلاج بالقراءة ، حيث بنَت برامجها على استخدام تكنيك خاص أثبت نجاحًا كبيراً فى مكتبة نيويورك العامة إزاء تقويم الأطفال الجانحين والأطفال المولودين خارج الولايات المتحدة الأمريكية لتقبل الحياة فى الولايات المتحدة والتواؤم مع مفرداتها[3] .

وفى الوقت نفسه تقريبًا حرص الأخوان ***كارل ووليام مينجر Karl and William Menninger*** على التعريف بالبحوث التى نشراها فى مجال العلاج بالقراءة وممارستهما

(١) أحمد بدر (١٩٩٣) : الببليوثيرابيقا ، أو العلاج بالكتاب والقراءة . - عالم الكتب ، مج١٤ ، ع٦ (نوفمبر / ديسمبر ١٩٩٣) . - ص٦٣٦ .

(٢) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) : العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا ، وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص٦٠ .

(3) Brown, Eleanor Frances. (1974) Bibliotherapy and Its Winding Applications.- New Jersey: Crow Press,- pp. 125- 127.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.33.

العملية الناجحة فى هذا المجال ، حيث كانا يعملان فى مستشفى مييننجر الطبى ، وقد اهتما بمشروع على مدى خمس سنوات يمثل نمطًا متميزاً من العلاج بالقراءة وعلامة بارزة فى تاريخ هذا المجال ، وأكدا من خلال هذا المشروع حقيقة أن بذل المزيد من الوقت والجهد مع المرضى ينبنى على استخدام أنماط قرائية تم اختيارها بعناية لتعالج مشكلات معينة يعانون منها[1] ، كما أكدا مسئولية الطبيب المعالج عن محتويات المكتبة ، ومن ثم الموافقة على الكتاب قبل شرائه ، وكذلك مسئوليته عن أية تكليفات قرائية يلزم بها المريض ، فضلاً عن حضور الاجتماعات الأسبوعية التى تناقش فيها تطور الحالات وانعكاس التكليفات القرائية على مستوى التحسن ، وما يسجله أمين المكتبة من ملحوظات عن كل مريض[٢] .

وفى عام ١٩١٦ نشر ***صمويل ماكورد كروثرز Samuel McChord Crothers*** مقالة له فى دورية Atlantic Monthly التى كانت تصدر شهرياً ، ويعتبر البعض أن هذا التاريخ هو البداية الحقيقية لاستخدام مصطلح الببليوثيرابى Bibliotherapy بمعناه الحالى ، حيث اتسع نطاق استخدامه من جانب الأطباء النفسانيين فى ممارساتهم المهنية فى المستشفيات ، وكذا فى أعمالهم البحثية فى إطار محاولتهم توظيف الكتب وقراءتها وإقامة المناقشات حولها كعلاج therapy لمرضاهم[٣] .

وبداية من عام ١٩٣٠ آلت ***أليس بريان Alice Bryan*** على نفسها حمل لواء تبيان أهمية وقيمة قراءة الكتب بهدف تغيير اتجاهات وسلوكيات الأفراد إزاء مشكلاتهم الحياتية ، حيث ألمحت إلى أن هناك كثيراً من الأفراد ينبغى أن يُستحثوا لاستخدام المكتبة بشكل ينمى ويثرى شخصياتهم ودورهم الاجتماعى ، ولكى يتأتى تحقيق ذلك بنجاح

(1) Smith, Alice Gullen (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.33.

(٢) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) : العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا ، وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب. مرجع سابق . ص ص٦٤ ، ٦٥ .

(3) Rubin, Rhea Joyce. (1978) Bibliotherapy: A Guide to Theory and Practice.- Arizona: Oryx Press,- p.1.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.33.

ينبغى إجراء البحوث والدراسات من جانب أخصائى العلاج النفسى ، وتضمين مقررات ضمن مناهج مدارس ومعاهد المكتبات حول علم نفس القارئ ، حيث تفتح مثل هذه الدراسات المجال لتعرف العلاقة المتبادلة التى تربط بين الكتب من جهة ، والقراء أو المستفيدين من جهة أخرى(١) .

وبالفعل نجد معهد المكتبات وعلم المعلومات بجامعة جنوب فلوريدا The School of Library and Information Science- The University of South Florida يقوم بتقديم مقرر تمهيدى فى العلاج بالقراءة يبدأ خلال شهر يناير من كل عام أكاديمى ، كما عقدت جمعية مكتبات فلوريدا Florida Library Association مؤتمراً سنوياً فى شهر مايو من العام نفسه حول العلاج بالقراءة ، وعلى غرارها تقوم جمعيات مكتبات ولايات أخرى فى الولايات المتحدة الأمريكية(٢) بالدور نفسه .

وفى عام ١٩٣٩ أنشأ قسم المستشفيات بجمعية المكتبات الأمريكية Hospital Division of the American Library Association أول لجنة مختصة بالعلاج بالقراءة - وتسمى Bibliotherapy Committee - بهدف دراسة العلاج بالقراءة وتضمينه كمقرر فى تدريس المكتبات والمعلومات كموضوع متعدد الارتباطات ، وكذا إعداد الدراسات المسحية والببليوجرافيات ومخططات البحوث والمشروعات حوله(٣)(٤) .

وكان النطاق الذى استخدم فيه العلاج بالقراءة بكثافة فى تلك الفترة هو المستشفيات ، حيث وُجد الكثير ممن يحتاجونه لكى يعالجوا مما يعانون منه ، وكان فى مقدمة من استفادوا من العلاج بالقراءة إبان سنوات الحرب العالمية الثانية أفراد الجيش من الشباب ، كذلك الأطفال فى أقسام طب الأطفال بالمستشفيات ، فمثلاً عام ١٩٥٣

(1) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.37.

(2) Ibid. p.p 39, 40.

(3) Corsini, Raymond J. (1994) Encyclopedia of Psychology. 2nd ed. New York, John Wiley & Sons, 1994. p.163.

(4) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.33.

قام **فيرا فلاندروف** ***Vera Flandrof***[١] بتجارب ناجحة باستخدام العلاج بالقراءة مع بعض الأطفال بأقسام الأطفال بالمستشفيات ، كما قام **فلوك** ***M. Flock***[٢] بإعداد برنامج للعلاج بالقراءة موجه لنزلاء السجون لمؤسسة الإصلاح بولاية ديترويت الأمريكية . Detroit House of Correction- DeHoco

ومنذ ذلك الحين أصبح العلاج بالقراءة محور اهتمام ونقطة التقاء عديد من المجالات ، يأتي في مقدمتها الطب والطب النفسي وعلم المكتبات والمعلومات والسيكودراما (الدراما النفسية)[٣] التي أصبحت تعرف فيما بعد بالعلاج بالدراما ، وتستخدم جنبًا إلى جنب مع قراءة المسرحيات وقراءة أو كتابة الأشعار ، كما يستخدم داخل هذه المسرحيات الدرامية علاجات أخرى مرتبطة مثل العلاج بالفن ، العلاج بالموسيقى ، العلاج بالرقص[٤] .

---

(1) Flandorf, Vera. (1858) Getting Well With Books.- Library Journal.-(15 April, 1958).- pp. 57-59.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.33.

(2) Flock, M. M. (1958) Bibliotherapy and the Library.- The Bookmark. (Dec.1958).- pp. 57-59.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.33,34.

(٣) « السيكودراما Psychodrama » : هو ضرب من العلاج النفسي اخترعه مورينو ، يطلب فيه من المريض أن يمثل مسرحية تكتب بشكل خاص بحيث تصور أعراضه ومشكلاته ، ويتولى الأدوار الأخرى أعضاء من الفريق الذي يتم علاجه ، وتتصل هذه الطريقة في العلاج بمناهج الإسقاط أو دراسة العلاقات الشخصية بين أفراد المجتمع ، وعادة ما يتأثر المشاركون بما تنطوي عليه التمثيلية التي يقومون بها .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p.p 672-673.

(4) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.34.

وبشكل عام نستطيع القول بأن النصف الأول من القرن العشرين قد شهد اتساعًا ونموًا واضحًا على صعيد الوعى بمجال العلاج بالقراءة واستقرار تسميته وإن احتاج إلى مزيد من البحوث والتجارب التى تضمن له الارتقاء والوصول إلى مصاف العلوم الأخرى ذات السمات والمعالم الواضحة المحددة ، ساعد على ذلك الانتباه إلى أهمية وقيمة الإنتاج الفكرى الإبداعى والأدبى كعنصر أساسى لتعضيد عمليات العلاج ، وكذا تنمية وعى وإدراك الأفراد وبناء شخصيتهم سواء كانوا أطفالاً أو شبابًا أو شيوخًا أو مرضى يعالجون داخل المستشفيات أو خارجها[1] .

وبشكل أكثر تحديدًا ، نجد أن الفترة من عام ١٩٤٩ إلى عام ١٩٥١ قد شهدت عددًا من الأعمال والدراسات الأكاديمية وبعض التطبيقات العملية ، قام بها عديد من الباحثين بالجامعات ومدارس المكتبات ، مثل كارولين شرودز Carolin Shordes من جامعة كاليفورنيا University of California ، التى تعد رسالتها للدكتوراه أول رسالة أكاديمية لنيل درجة الدكتوراه فى مجال العلاج بالقراءة ، حيث وضعت إطارًا نفسيًا لديناميات[2] العلاج بالقراءة كعلم ، باستخدام مصطلحات فرويد ، وبعض الأساليب مثل التوحد أو التقمص Identification ، التنفيس الانفعالى Abreaction ، التفريغ Catharsis ، الاستبصار Insight لشرح أهمية الإنتاج الفكرى الأدبى للمريض[3] ، حيث وضعت هذا الإطار للحد من الخلط الذى صاحب ظهور هذا المصطلح ، كما تعاونت أيضًا مع ديفيد راسيل David Russell ويعمل أخصائى قراءات موجهة A Noted Reading Specialist فى كتابة جزئين من سلسلة من المقالات موجهة لحث مدرسى الفصول على استخدام

---

(1) Ibid. p.37.

(٢) « الديناميات Dynamics » : هى تلك القوى المحركة التى تؤثر فى المجال النفسى للفرد.
المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p.245.

(3) Rubin, Rhea Joyce. (1978) Bibliotherapy: A Guide to Theory and Practice.- Arizona: Oryx Press,- p.36.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.37.

العلاج بالقراءة فى حصص المطالعة Reading Classes التى يقومون بتدريسها[١] ، وقد أمن على ذلك عديد من كُتاب أدب الأطفال والناشئة ، حيث أشاروا بشكل موضوعى للعلاج بالقراءة كتكنيك وآلية ينبغى وضعها فى الحسبان عند استخدام الكتب مع التلاميذ[٢] .

كما قام ستاين Stien من جامعة ويسترن ريزيرف Western Reserve University بطرح تصور للعلاج التطبيقى بالقراءة ، وقائمة بيليوجرافية شارحة بالإنتاج الفكرى فى هذا المجال يمكن أن يفيد منها المكتبيون ، وتعتبر هذه الببليوجرافية من أمهات أدوات الحصر والتعريف بالإنتاج الفكرى فى مجال العلاج بالقراءة فى الفترة من ١٩٤٠ إلى عام ١٩٤٩[٣] ، ويرجع إلى هرتمان Hartman بجامعة ستانفورد Stanford University الفضل فى وضع أساس علمى لاستخدام الإنتاج الفكرى الإبداعى كأسلوب إسقاطى لعلاج المشكلات العاطفية ، مؤكداً ضرورة علاج ما يقدم من قراءات لمشكلات بعينها يعانى منها الفرد ، وفى غياب ذلك لا يكون هناك ثمة علاج بالقراءة على الإطلاق[٤] .

وتعد العلاقة التى تربط كلاً من الإرشاد القرائى ، أو خدمات القراء بشكل عام من جهة والعلاج بالقراءة من جهة أخرى ، من القضايا المهمة التى تعددت الآراء حولها ، فما يزال هناك كثير من اللبس والخلط يسيطران على أذهان أمناء المكتبات حول الخط

(1) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.40.

(2) Huck, Charlott S and Doris Young Kuhn. (1968) Children's Literature Elementary School.- 2nd ed.- New York: Holt, 1968.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.40.

(3) Beatty, William K. (1962) A Historical Review of Bibliotherapy.- Library Trends, 14 (October,1962).- p.111.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.37.

(4) bid.

الفاصل بين حدود كل منهما ، وهو الأمر الذى يستوجب ضرورة إعداد المزيد من البحوث والدراسات التى توضح ملامح كل منهما وتميزه عن الآخر .

ومع ذلك فهناك كثير من العاملين فى حقل المكتبات بذلوا محاولات لفض هذا الاشتباك والحد من هذا التداخل ؛ من أبرزهم هيلدا تابا Hilda Taba عام ١٩٤٩ التى ارتأت أن الأعمال الأدبية والدرامية تعمق الفهم وتزيد من الوعى والإحساس بالآخرين والشعور بالقيم والمبادئ الحياتية لدى الأفراد ، بل وامتد بها الأمر إلى استخدام العلاج بالدراما كجانب من جوانب الإرشاد القرائى أو خدمات القراء ، كأحد الأنشطة التى تتم فى المكتبات العامة والمدرسية ، وقد دعمت توجهها هذا بوضع أسس نظرية وممارسات عملية تسانده[١] .

ومن جانبه ، أشار الدكتور أحمد بدر - صراحة - إلى أن « الخدمة المرجعية والإرشاد القرائى والببليوثرابيقا (وهو المصطلح الذى تبناه كمقابل للعلاج بالقراءة) هى أنشطة ذات تشابه ؛ لأنها تخدم الاحتياجات المعلوماتية والتعليمية والإرشادية ، وإذا كانت الخدمة المرجعية ذات طبيعة موضوعية ومعلوماتية ، فإن الإرشاد القرائى يعد ذا طبيعة ذاتية وله اتصال واسع بالعملية التربوية ، بينما يعد الببليوثيرابيقا كمدخل طويل المدى للخدمة المكتبية والإرشاد القرائى ، من أجل تحقيق الأغراض العلاجية حيث تعد الكتب والمواد المشابهة أدوات اتصال تعمل على تدعيم البيئة العلاجية للمريض »[٢] .

أما إيفالين جاكسون Evalene Jackson التى عملت كرئيس لقسم المكتبات بجامعة إيمورى Emory University ، فقد ألمحت إلى أهمية الإرشاد القرائى فى المكتبات العامة ، مؤكدة على ضرورة ضمان المواجهة الفعالة بين الأفراد والكتب ، يتساوى مع ذلك فى الأهمية اتسام مسئول المكتبة بالقدرة على عرض ، ثم إقامة الحوار والنقاش

(1) American Council on Education. Committee on Inter-group Education Cooperating Schools (1981) Reading Ladders for Human Relation.- 6th ed.- Washington D.C : The Committee,- pp.3-7.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.40.

(٢) أحمد بدر (١٩٩٣) الببليوثيرابيقا ، أو العلاج بالكتاب والقراءة . مرجع سابق . ص٦٣٥ .

حول الكتب التى يتم تقديمها ، وكذلك مهارة التعرف السريع على احتياجات وتوجهات الأفراد المقدمة إليهم هذه الكتب ، ومع ذلك فقد لفتت النظر إلى ضرورة ملاحظة أن عمليات الإرشاد القرائى التى تتم فى المكتبات العامة توجه لأفراد ليسوا فى حاجة أو لا يظنون أنهم فى حاجة إلى مساعدة كلينيكية ، وكل ما يحتاجونه ويبحثون عنه هو تخفيف حدة التوتر وطرح حلول لمشكلات حياتهم اليومية فقط ، حيث يستطيع القارئ أن يحيا حياة بديلة هى حياة بطل القصة أو إحدى شخصياتها سواء أكانت حقيقة أم خيالية ، ومن ثم يستطيع أن يتبنى وجهة نظر أخرى ونمطًا جديدًا للتفكير فى المشكلات الحياتية التى يعانى منها ، ومن ثم حلها وهو ما يعرف بالقراءات التحررية أو قراءات الهروب Escape Readings (١)(٢) .

كما أن هناك نمطًا آخر من القراءات ، هو درجات (مستويات) القراءات Reading Ladders المرتبطة بالعلاقات الإنسانية التى تتشكل فى صورة مستويات تتدرج من مستوى إلى مستوى أعلى من فهم الآخر ، ويهدف من ورائها إلى تغيير الأفكار والاتجاهات والسلوك ، وتعتبر أولى درجات الفهم فى هذه المنظومة المتسلسلة ، فهم الإنسان لذاته وتحقيق التوافق معها وهو من أعمق المفاهيم التى يُحرص على تحقيقها من خلال العلاج بالقراءة(٣) .

(1) Jackson, Evalene. (1962) Bibliotherapy and reading Guidance: A tentative Approach to Theory.- Library Trends, Vol. 11, no.2 (October, 1962).- p.118.

(٢) يفضل صاحب هذا العمل استخدام مصطلح « قراءات تحررية » بدلاً من قراءات الهروب أو القراءات الهروبية ؛ ذلك أنه فى هذا النمط من القراءات يتحرر القارئ من شخصيته الحقيقية ويستلهم أو يتعايش أو يتوحد مع إحدى شخصيات القصة التى يقرؤها ، هو هدف مقصود مسبقًا لمساعدته على إيجاد حل لمشكلته التى يعانى منها ، أو على الأقل التعايش مع هذه المشكلة وتقبلها والتواؤم معها .

(3) American Council on Education. Committee on Inter-group Education Cooperating Schools (1981) Reading Ladders for Human Relations.- 6th ed.- Washington D.C : The Committee,- pp. 15-50.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.41.

أما فلورانس ديمون كليرى Florence Damon Cleary ، والتى تعد واحدة من أبرز المتخصصين فى الإرشاد القرائى ، جمعت ما بين العمل كمكتبية ومدرسة فصل ، وأعدت عملاً على جانب كبير من الأهمية صدر فى عدة طبعات ، وهو « أدلة إجراءات للقراءة المثلى Blue Prints for better reading » ، وقد شغلت فلورانس إبان إعدادها لهذا العمل المتميز منصب رئيس « برنامج المكتبة المدرسية School Library Program » بجامعة ولاية واين Wayne State University بمقاطعة ديترويت Detroit ، وكان لها رأى خاص فيما يتعلق بالعلاج بالقراءة صرحت به مراراً وتكراراً فى عديد من المؤتمرات التى شاركت فيها ، وهو :

« إن ضمان نجاح العلاج بالقراءة ينبع ليس فقط من فعاليته التى يمكن أن تتحقق ، وإنما مما يمكن أن يصبغ عليه من شرعية استخدامه كأداة فى أيدى أمناء المكتبات » . وقد اعتمدت « كليرى » فى برامجها للإرشاد القرائى على أنماط خاصة للقراءة ، مثل : التراجم والأدب والشعر ، تلبى مراحل النمو الخاصة بالأطفال والناشئة ، كما اقترحت أساليب مختلفة للتعبير عن محتوى هذه الأنماط كسرد القصص Story Telling ، وتقديمات الكتب فيما يعرف بـ « الكتاب يتكلم Book Talks » ، وعادة ما تختم ما تطرحه من كتب بأسئلة مفتوحة Open Ended Questions ؛ لتيسير تحليل مضمونها ضمن ما يعرف بتيسير جماعات النقاش[١] .

كما طُرح قول شبه فصل - ألمحنا إليه من قبل ونعود فنكرره نظراً لأهميته - من قبل مارجريت مونرو Margaret E. Monoroe التى شغلت منصب عميد مدرسة المكتبات بجامعة وسكونسن Wisconsin بمدينة ماديسون Madison ، حسم كثيراً من اللغط واللبس حول الحدود وطبيعة العلاقة بين الإرشاد القرائى والعلاج بالقراءة ، نتيجة غياب الخط الفاصل لدى الكثيرين بين الاثنين هذه العبارة البسيطة وذات المغزى هى : «يبدأ العلاج بالقراءة عندما ينتهى الإرشاد القرائى»[٢] .

(1) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.41.

(2) Aiex, Nola Kortner (1998) Bibliotherapy. http://www.indiana.edu/~eric- lrec/ieo/sdigests/d82,html (Cited 9/8/1998).

وفى تجربة ، اعتبرت رائدة فى وقتها عام ١٩٧٦[١] - ومايزال ينظر إليها على هذا النحو حتى الآن - قامت الباحثة هيلين إلزر Helen Elser أمينة المكتبة الطبية المتقاعدة والمشرفة على مكتبة فرانسيز لينهين التذكارية Frances Linehan Memorial Library بالتعاون مع رئيس قسم العلاج المهنى بمستشفى دينفر Danvers بولاية ماساشوسيتس الأمريكية ، بتطبيق برنامج للعلاج بالقراءة بمنحة قدرت آنذاك بنحو عشرين ألفًا من الدولارات ، وقد اعتمد هذا البرنامج فى الأساس على مجموعة من الأشعار البسيطة القصيرة (ما بين ٤-٢٠ بيتًا) والمفعمة فى الوقت ذاته بدفقات من التفاؤل والبهجة ، تستثير ذكريات حميمة مشتركة لدى مجموعة المرضى بالمستشفى ، كما تنقب فى داخلهم عن مشاعر وعواطف مستترة أو دفينة ، فضلاً عن تحريك ما فى نفوسهم من بقايا أو حتى آثار لشحنات الإرادة الفاعلة[٢] .

وقد تفرغ لمساعدة هيلين فى برنامجها الطموح هذا ، أمين مكتبة متفرغ وأخصائى نفسى فى حين أسند إليها - إلى جانب الإشراف على هذا البرنامج - الإشراف أيضًا على المكتبة الطبية ومكتبات المرضى ؛ لإتاحة الفرصة لها كى تتخير من المواد القرائية ما يساعد على تحقيق الهدف العلاجى ، والذى تم تحديده على النحو التالى : « تدعيم علاقة الأفراد داخل المجموعة عن طريق التنقيب عن الخلفيات والذكريات بمعول الأبيات الشعرية المنتقاة ، ثم استخراجها وبيان حقيقتها ، مما يساعد على بناء مجتمع محلى يسعى نحو هدف مشترك ألا وهو التغلب على الانكسار النفسى بفعل المرض وتقبل حقيقته والتعايش معه » .

(1) Elser, Helen (1982) Bibliotherapy in Practice, Library Trends, Vol. 30.no. 4 (Spring 1982) pp. 647-659.

(٢) من أمثلة الأشعار التى استخدمت فى هذا البرنامج وأثبتت جدواها بنجاح . رباعية إيملى ديكنسون Emily Dicknson التى بعنوان « أنا لا شيء ، فمن تكون أنت ؟ I'm Nobody, Who are You? » ، وقصيدة الشاعر روبرت فروست « النزيل Lodger » التى تتكون من ستة أبيات .

وقد قسمت هيلين ومن معها[1][2] أفراد المجموعة إلى ثلاث مجموعات تصنيفية صغيرة ، يتراوح مجموع أفراد كل منها من خمسة إلى ثمانية أفراد من الجنسين ، وكانت المجموعات الثلاث هى : مرضى الفصام ، المسنون ، المراهقون ، ويتم عقد جلسات العلاج لكل منها مرتين أسبوعياً ، وتستغرق الجلسة الواحدة ساعة تقريبًا .

وقد لوحظ على مرضى الفصام معاناتهم من الوحدة والانعزالية ، وحساسيتهم لأى محاولات للاقتراب منهم أو لمسهم ، كما أنهم عادة ما يعانون من الحيرة والتردد إلى حد التمزق من جراء الصراع الذى يعتمل داخلهم بين الرغبة فى الاشتراك فى المجموعة والميل إلى العزلة الاجتماعية ، هذا فضلاً عن ميل بعض منهم ، خاصة ذوى المؤهلات العليا والثقافة إلى السفسطة والجدل الفلسفى ، خاصة فيما يتعلق بالمرض أو الدين أو المعتقدات ، لذلك كله فقد كان العلاج بالقراءة الفردى المبنى على أرضية راسخة من الثقة والصدق هو الأجدى عند التعامل مع هذه الفئة ، كما أثبتت مقتبسات من السير الذاتية المكتوبة بأقلام أصحابها فعالية كبيرة كمواد مستخدمة فى العلاج .

أما مجموعة المسنين فقد كانوا يعانون من القلق والخوف من ترك المستشفى ومواجهة المجتمع الخارجى ، وكان للمسات الحانية والاهتمام الصادق عند تقديم مواد مثل مقالات المجلات والصحف اليومية أثر بالغ ، أما الموسيقى والتسجيلات الصوتية المسموعة ، فعادة ما كانت تساعدهم على النوم فقط .

فى حين أظهر مجموعة المراهقين الجانحين ثورة وخروجًا على القواعد بدرجة ملحوظة ، ولم تُجْدِ معهم أنماط عدة من المواد القرائية ، اللهم إلا المواد الموسيقية

(1) Ibid. pp. 651-654.

(٢) يختلف هذا البرنامج عن البرنامج المتضمن فى الجزء التطبيقى داخل هذا العمل حيث أن هيلين تركز فى برنامجها على بيان الفرق بين الفئات التصنيفية الثلاث : فصاميون ، مراهقون ، مسنون ، من حيث مدى نجاح العلاج بالقراءة مع كل منهم ، بينما يركز البرنامج المتبنى هنا على اختبار أنماط قرائية مختلفة على فئة واحدة ومحددة من مرضى الفصام ، وهذا الفارق بين البرنامجين طبيعى ومنطقى فأفراد المجتمع هناك القراءة طبيعة وعادة لديهم ، أما أفراد المجتمع هنا فينظرون إلى القراءة على أنها ترف ورفاهية أو سمة لصيقة بطبقة المثقفين والمفكرين فقط .

والكتب التى تتحدث عن حياة مشاهير الغناء والموسيقى ، فكانت هى البئر المسحور الذى التفوا جميعًا حوله ، لينهلوا منه ويتناقشوا حوله ، إضافة إلى بعض الأشعار والقصائد الغنائية .

وفى تجربة مشابهة للعلاج بالشعر بمستشفى الولاية (ميرلاند) للأمراض العقلية ، أجريت خلال عقد السبعينات أيضًا[1] ، توافرت على تطبيقها « إلويز ريتشاردسون Eloise Richardson » أمينة المكتبة بتلك المستشفى ، وأحد أنشط العاملين فى مجال المكتبات فى الولاية ، والتى شغلت وظيفة أمينة مكتبة أطفال طيلة اثنتى عشرة سنة ، وحصلت عام ١٩٦٩ على الجائزة التى تمنحها « لجنة يوم الشعر الوطنى National Poetry Day Committee » التابعة للجمعية القومية للمعالجين بالشعر NAPT ، نظرًا لمجهوداتها وإنجازاتها الضخمة على صعيد استخدام الشعر فى إعادة تأهيل وعلاج المرضى النفسيين ، حيث كانت تحرص على إدارة جلسات العلاج بنفسها ، وتجعل المرضى يجلسون فى مجموعات صغيرة على شكل دائرة ، وتجلس هى بينهم جنبًا إلى جنب ، وتعقد هذه الجلسة مرة أسبوعياً يشاركها إلى جانب المرضى بعض المتطوعين الذين يتولون فى بعض الأحيان قراءة القصائد ، ثم ينخرط الجميع بعد ذلك فى مناقشة مستفيضة لما تمت قراءته من قصائد ، تلك القصائد ذات المغزى ، والتى يهدف من ورائها تحقيق هدف معين كاستخراج الأفكار المخبوءة أو إماطة اللثام عن دوافع مكبوتة .

كما كانت تحرص على أن تعقد هذه الجلسات فى فترة الصباح حتى تكون درجة الشفافية والتقبل لدى المرضى عالية ، وكذلك قبل فترة الغذاء والدواء ، وفى مكان بعيد عن حجرات المرضى كالمكتبة مثلاً أو ما شابه للبعد عن الجو المرضى بعض الشىء ، مع بدء الجلسة عادة بإلقاء بعض التعليقات الطريفة والنكات المفرحة ، أو ما شابه من حديث بسيط محفز يكسر ما قد يخامر مشاعر كثير من المرضى من الجمود والتحفظ ، ويهيىء حواسهم لتقبل ما سوف يقدم إليهم من أشعار .

---

(١) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص٤٩٨ .

وخلصت من تطبيقها لهذا البرنامج الرائد للعلاج بالشعر إلى عدد من النتائج المبشرة منها[1] :

١ - يساعد الشعر المرضى على تحريك وحفز جهودهم ؛ للتغلب على اضطراباتهم العاطفية .

٢ - يساعد الشعر المرضى على تكوين فلسفة للحياة مما يجعلها أسهل وأبسط ، وتمكنهم من التكيف مع سوء الحظ الذى يعيشونه .

٣ - يساعد الشعر المرضى على التكيف بطريقة أفضل وأكبر مع المجتمع عندما يخرجون من المستشفى .

٤ - الشعر الذى يعكس الزمان الماضى يمكن أن ينتشل المريض ولو لفترة من أزمته الحالية ، ليعيش لحظات رائعة من السعادة والنشوة .

٥ - يمكن للشعر أن يحقق التواصل المنشود بين المريض والحياة بطريقة أسرع من الأنواع الأخرى من النتاج الفكرى ، حيث تستخدم فى الشعر كلمات قليلة ذات أهمية كبيرة ، ودلالة عميقة فى التعبير عن فكرة أو عاطفة .

٦ - إن قراءة الشعر أو سماعه قد يحفز المريض على كتابة الشعر بنفسه ، مما يعطى الفرصة لما بداخله أن يطفو على السطح ، وهو ما يعتبر نشاطًا إبداعياً ذا قيمة علاجية كبيرة فيما يسمى بالتنفيس ، ويقدم أداة تواصل يستطيع أن يوصل بها مشاعره إلى الآخرين .

٧ - نظراً لأن الشعر عادة ما يكون صادراً عن عواطف ومشاعر وأعماق من كتبه ، وكثيراً ما يمثل تجربة ذاتية لمعاناته وعذاباته أو أفراحه وتألقاته ، فبالتبعية نجده يصل إلى أعماق من يقرأونه أو يسمعونه ؛ خاصة إذا كانوا من أولئك المرضى الذين قد يعرى المرض بعض مداركهم على حساب مدارك أخرى .

(١) المرجع نفسه ، ص٤٩٩ .

أمـا ريا جـويس روبين Rhea Joyce Rubin فقـد قـامت بتـحليل ومـقـارنة أهداف ومنهج ونتائج الرسائل الجامعية التى أعدت حول العلاج بالقراءة ، فى الفترة من ١٩٧٠ إلى عام ١٩٧٥ ، وانتهت إلى أن اتجاه البحث فى النصف الأول من عقد السبعينيات من القرن العشرين كان يشوبه كثير من اللبس والتضارب حول مفهوم العلاج بالقراءة[1] .

كـما قـامت ببيـان الارتبـاطات الخـاصـة بالعـلاج بالقـراءة من خـلال حـصـر وتحليل المقالات العلمية المنشورة فى الفترة نفسها ، وعددها ١٣١ مقالاً ، فوجدت أن ٣٥٪ منها نشر فى دوريات متخصصة فى مجـال المكتبات والمعلومـات ، و٦٥٪ نشر فى دوريات أخرى متخصصة فى علم النفس والتربية والتمريض والعلاج المهنى . . . إلخ[2] .

ومن جـانبهـا اشتـركت أرلين مـاكرتى هاينز Arleen McCarty Hynes أحـد أنشط الأعضاء بالجمعية الأمريكية للمعـالجين بالشعر ، والتى اهتمت بالعـلاج بالقراءة ممارسة وبحثًا لأكثر من عشرين عامًا ، مع ابنتهـا مارى هاينز - بيرى Mary Hynes- Berry فى تأليف كـتـاب يعـد من أفـضـل مـا كـتب عن العـلاج بالقـراءة إن لـم يكن الأفـضـل على الإطلاق ؛ حيث يضم مقدمة شـاملة تُعرف بالعلاج بالقراءة وأنواعه المختلفة ومختلف الأدوات والتجهيزات والمعينات التى يحتاجها المشتغلين بالعلاج بالقراءة ، وهو بعنوان «Bibliotherapy, The Interactive Process: A Handbook» ، وقـد شـاركت به فى المؤتمر السنوى للمكتبات فى مايو ١٩٩٠ بولاية ميناسوتا[3][4] .

---

(1) Rubin, Rhea Joyce. Edt (1978) Bibliotherapy: Source look.- Arizona: Oryx Press, 1978.- p.55.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.37.

(2) Rubin, Rhea Joyce. Edt (1979) Uses of Bibliotherapy in Response to the 1970's.- Library Trends, Fall, 1979.- pp. 239-251.

نقلاً عن : أحمد بدر (١٩٩٣) الببليوثيرابيقا ، أو العلاج بالكتاب والقراءة . مرجع سابق . ص٦٣٦ .

(3) Aiex, Nola Kortner (1998) Bibliotherapy. http://www.indiana.edu/~eric-_rec/ieo/digests/d82,html (Cited 9/8/1998).

(4) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.48.

كما يحسب لـ « أرلين » أيضًا قيامها بعمل دراسة مقارنة خرجت منها بعدد من التصورات والرؤى مثل : إعادة تعريف القوة الكامنة فى العلاج بالقراءة ، تقسيم اتجاهات البحث والتأليف فى مجال العلاج بالقراءة إلى قطاعات محددة ، والتعريف بالبحوث الجارية فى هذا المجال على صعيد العلوم والقطاعات الأخرى المرتبطة بها[1] .

واستكمالاً لجهود Rubin قام الدكتور أحمد بدر بإجراء بحث للإنتاج الفكرى ، اعتمادًا على مستخلصات المكتبات وعلم المعلومات LISA ، فى الفترة من عام ١٩٧٦-١٩٩١ ، وقد خلص منها[2] إلى أنه قد نُشر خلال الخمس عشرة سنة هذه مائة عمل ، ٤٨ منها باللغة الإنجليزية ، نشر منها ٤٣ عملاً فى ٣١ دورية علمية والأعمال التسعة الباقية شملت كتبًا وتقارير علمية ، ومن هذه الدوريات يذكر الدكتور أحمد بدر أن ٢٣ منها نشرت عملاً واحدًا فقط بينما نشرت دوريتان فقط من الدوريات الباقية ثمانية مقالات ، بواقع أربعة مقالات فى كل منها ، هما :

- Health and Rehabilitative Library Services.
- School Library Journal.

أما الدوريات الست التالية فى الأهمية والتى نشرت فى كل منها مقالتان فهى :

- Bibliotheca Medica Candiana.
- Bulletin of Medical Library Association.
- Journal of Educational Media and Library Services.
- Journal of Youth Services in Libraries.
- Library Trends.
- Wilson Library Bulletin.

(1) Hynes, Arlcen and Marry Hynes- Berry (1986) Bibliotherapy: The Interactive Process: A Handbook.- Bolder, Co: Westview Press, 1986.- pp. 10-18.
As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.38.

(٢) أحمد بدر (١٩٩٣) البيليوثيرابيقا ، أو العلاج بالكتاب والقراءة . مرجع سابق. ص ص٦٣٦ ، ٦٣٧ .

أما الدوريات الثلاث والعشرون الباقية فهى متخصصة فى مجالات كالطب والخدمة الاجتماعية والديانات والتربية .

وفى دراسة أجريت فى مطلع عقد التسعينيات من القرن العشرين[1] حول أنماط القراءات التى يقبل عليها المراهقون من ذوى الإعاقة ، وجد أن الغالبية العظمى منهم يعزفون عن قراءة الأعمال القصصية التى تتضمن شخصيات تعانى من إعاقات ما أياً كان نوع هذه الإعاقة ، كما وجد أن غالبية هؤلاء المراهقين ينظرون إلى مصطلح « معاق Handicapped » بمجاله الواسع جداً وينفرون من هذه الكلمة وكل ما يرتبط بها من قريب أو بعيد .

كما ألمحت إحدى الدراسات المسحية المقارنة[2] حول مدى جدوى وفعالية الاعتماد على العلاج بالقراءة فقط دون أية علاجات أخرى إلى جانبه إلى أن هذا النمط من العلاج يحقق نجاحًا أكثر إذا ما استخدم كعلاج مساعد أو مكمل للعلاجات الأخرى ، ومع ذلك فقد شهدت السنوات الأخيرة تزايداً مطرداً فى الاهتمام بهذا النمط من العلاج فى دول مختلفة وقطاعات عدة خاصة فى الولايات المتحدة حيث يوجد عديد من المشكلات الأسرية والاجتماعية ، مثل : تزايد معدلات الطلاق ، جنوح الأحداث واغتراب الشباب عن المجتمع ، استقطاب الجماعات غير السوية ، إدمان الكحوليات والمواد المخدرة .

كما بدأ المسئولون عن العملية التعليمية والمربون ، الالتفات إلى العلاج بالقراءة كأحد السبل لمواجهة بعض المشكلات مثل : التسرب من التعليم ، الأمية ، أطفال

---

(1) Klemens, Lynne (1993) Are Handicapped Adolescents Interested in Reading Fiction with Handicapped Characters? M.A. Thesis, Kean College. CS 011 232.
As Cited in: Aiex, Nola Kortner (1998) Bibliotherapy. http://www.indiana.edu/~eric-_rec/ieo/digests/d82,html (Cited 9/8/1998).

(2) Riordan, Richard J. and Linda S. Wilson (1989) Bibliotheraby: Dose It Works? Journal of Counseling and Development,67 (9) EJ 369 292.
As Cited in: Aiex, Nola Kortner (1998) Bibliotherapy. http://www.indiana.edu/~eric-_rec/ieo/digests/d82,html (Cited 9/8/1998).

الشوارع والمشردين ، كما بدأ علماء السلوك والاجتماع يوصون ببعض القراءات العلاجية ضمن ما يعرف ببرامج مساعدة الذات Self-help Programs ، وأُطلق عليها اسم كتب مساعدة الذات Self-help Books مثل : « ما لون مظلة هبوطك ؟ What Color is Your Parachute? » ، و «استجابة الاسترخاء The Relaxation Response » ، وسلسلة « دع القلق وابدأ الحياة » و « كيف تكتسب الأصدقاء » و « كيف تتعامل مع الناس » للكاتب الشهير دايل كارنيجى Dail Karnege ، وقد لوحظ أن مثل هذه الأعمال تتقدم على الأعمال الأدبية والقصائد الشعرية فى قائمة الكتب التى توصف كمعالجات من جانب أخصائيى الصحة العقلية للمترددين عليهم من أفراد المجتمع .

وعلى صعيد الدوريات العلمية المتخصصة فى مجال المكتبات نجد مجلة Library Trends قد أفردت عدداً خاصًا عن العلاج بالقراءة فى أكتوبر عام ١٩٦٢ ، شارك فى إعداد المقالات المشتمل عليها أحد عشر باحثًا غالبيتهم من المتخصصين فى المكتبات والمعلومات ، إلى جانب بعض المتخصصين فى الطب وعلم النفس والتمريض والعلاج المهنى ، وبعدها بعامين أفردت مجلة التربية Education Magazine عدداً خاصًا فى إبريل عام ١٩٦٤ عن العلاج بالقراءة[1] .

حيث كلفت لجنة العلاج بالقراءة Bibliotherapy Committee روث م. تيوز Ruth M. Tews - فى إطار الإعداد لحلقة عمل عُقدت على هامش المؤتمر السنوى الذى عقدته جمعية المكتبات الأمريكية فى يونيو عام ١٩٦٤ - بإعداد مسح شامل لجمع المعلومات حول وضعية العلاج بالقراءة فى ذلك الوقت ، وقد ساعدها ذلك على تولى تحرير هذا العدد المتخصص من مجلة Library Trends المشار إليه سالفًا ، وقد ضم هذا العدد كثيراً من الدراسات والبحوث ركز معظمها على الاستعراض التاريخى لنشأة وتطور العلاج بالقراءة فى حين اهتمت البقية من المقالات بالطرق والممارسات والأدوات المستخدمة فى العلاج بالقراءة وكذا الأنواع المختلفة منه .

(١) أحمد بدر (١٩٩٣) البيليوثيرابيقا ، أو العلاج بالكتاب والقراءة . مرجع سابق. ص ٦٣٧ .

وألمحت فيه إلى أنه مع بدايات الخمسينيات كان قد نشر حوالى أربعمائة عمل عن العلاج بالقراءة معظمها كتب ألفت من جانب المتخصصين فى المكتبات والمعلومات وعلم النفس والتربية[1] .

ثم شهد عام ١٩٧٠ وضع أول مقرر دراسى فى مجال العلاج بالقراءة ، وذلك فى مدرسة المكتبات بجامعة فيلانوفا Villanova بالولايات المتحدة الأمريكية ، كما نظمت جامعة إنديانا حلقة دراسية متعددة الارتباطات حول العلاج بالشعر[٢] .

وقد ألمحت إحدى الدراسات[٣] إلى أنه بالبحث تحت مصطلح بيليوثيرابى فى مرصد بيانات إريك ERIC ، فى الفترة من عام ١٩٧٩ إلى عام ١٩٨٩ ، وجد تسعة وثمانون استشهاداً مرجعياً لمقالات نشرت فى دوريات علمية سبع منها نشرت فى مطبوعات متخصصة فى علم المكتبات والمعلومات وثلاث منها نشرت فى المجلات التالية : Catholic Library World ، School Library Journal ، Journal of Yeath Services ، والبقية نشرت فى Drexel Journal of Library Science and Florida School and Media Quarterly بالإضافة إلى مجموعة من المطبوعات جاءت فى أقسام تعليمية كالقراءة واللغة الإنجليزية والتعليم الخاص ودراسات الشيخوخة Gerontology ومعظمها موجه لفئات الأطفال والمراهقين فضلاً عن الآباء .

واستكمالاً لهذا الاستعراض للدراسات السابقة لا يمكن إغفال ما قدمه الدكتور شعبان عبد العزيز خليفة فى كتابه[٤] من مسح واسع للنتاج الفكرى من الرسائل

(1) Tews, Ruth M. (1962) Introduction.- Library Trends.- vol. 11, no. 2. (October 1962) pp. 79,98.

(٢) أحمد بدر (١٩٩٣) البيليوثيرابيقا ، أو العلاج بالكتاب والقراءة . مرجع سابق. ص ٦٣٧ .

(3) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.38-39.

(٤) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو ، الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . القاهرة : الدار المصرية اللبنانية ، ص ص٩٥ ، ١١٤ .

الأكاديمية حول العلاج بالقراءة ، منذ أول عمل نشر حول هذا الموضوع وحتى نهاية شهر أغسطس من عام ١٩٩٨ ، وهو العام نفسه الذى سُجلت فيه الدراسة الأكاديمية التى نال عنها صاحب هذا العمل درجة دكتوراه الفلسفة بمرتبة الشرف الأولى وتناولت موضوع العلاج بالقراءة[1] .

وقد أشار الدكتور شعبان خليفة فى تغطيته الوافية هذه إلى أنه منذ ظهور أول مقالة حول العلاج بالقراءة عام ١٨٥٣ لجون مينسون جالت John Minson Galt تحت عنوان «القراءة والترويح والتسلية لمرضى العقول» تتابعت الجهود العملية والعلمية فى هذا الحقل حتى ظهرت أول رسالة أكاديمية حول الموضوع ، وإن لم يشتمل عنوانها على مصطلح العلاج بالقراءة وهى : Attitude shifts from Reading «Radio Programs Litening. Ohaio Statr Univerity, 1939 and from «Lowdermilk, R.R. (1939). (Ph. D. Dissertation) ، وتناولت بالدراسة المتعمقة منطلقات تحوّل الاتجاهات من خلال القراءة والاستماع للبرامج الإذاعية .

تلتها رسالة إيفالين ب . جاكسون .Jackson, Evalene P لنيل درجة الماجستير عام ١٩٤٤ ، وأيضًا لم يرد ذكر مصطلح العلاج بالقراءة صراحة فى عنوانها حيث كان : «Effects of Reading Upon Attitudes Toward» ، وقد درست فيها مدى تأثير القراءة على تغيير الاتجاهات إزاء الزنوج فى الولايات المتحدة الأمريكية ، أما أول رسالة لنيل درجة الدكتوراه حول العلاج بالقراءة ، وجاء ذكر المصطلح صراحة فى عنوانها ، فأجيزت عام ١٩٤٩ ، تقدمت بها كارولين شروديز Caroline Shrodes وتحمل عنوان : «Bibliotherapy: A Theoretical and Clinical Experimental Study. University of California, 1949 (Ph. D. Dissertation) » ، وهى تعتبر دراسة شاملة تؤصل لمجال العلاج بالقراءة على صعيدى التنظير والتجريب الكلينيكى ، كذلك حرصت صاحبتها على وضع إطار نفسى لديناميات العلاج بالقراءة كعلم باستخدام مصطلحات فرويد وبعض الأساليب مثل : التقمص Identification ، والتنفيس الانفعالى Abreaction ،

(١) عبد الله حسين متولى (٢٠٠٢) إفادة المرضى من مكتبات مستشفيات الصحة النفسية : دراسة تجريبية . أطروحة دكتوراه . كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، ٢٠٠٢ ، ص ٤٣٨ .

والتفريغ Catharsis ، والاستبصار Insight عند تناولها بالبحث والدرس أهمية وتأثير النتاج الفكرى الأدبى على المرضى ، أيضًا يُحسب لها وضع حد للخلط الذى صاحب ظهور مصطلح العلاج بالقراءة[1] .

ثم ما لبثت أن توالت الدراسات الأكاديمية حول العلاج بالقراءة سواء للماجستير أو الدكتوراه نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر ما يلى :

- Burmeister, Alyce (1952) An Experimental Application of Group Bibliotherapy to Improve Intro- Group Relation in Sixth Grade Class. Wisconsin State College- Milwaukee, 1952. (M. A. Thesis).

هذا العمل عبارة عن أطروحة جامعية تطبيقية تجريبية لقياس مدى جدوى وفعالية العلاج الجمعى بالقراءة لتحسين العلاقات الجماعية بين تلاميذ الصف السادس الابتدائى .

- Amato, Antony Joseph (1957) Some Effects of Bibliotherapy on Young Adults. Pennsylvania State University, 1957. (Ph. D. Dissertation).

تعرض هذا العمل لبيان بعض التأثيرات المختلفة للعلاج بالقراءة على اتجاهات وسلوكيات البالغين الشباب ، وكيفية استثمار ذلك فى تعديل هذه الاتجاهات والسلوكيات نحو الأصلح .

- Junier, Artemisia Jones (1959) A Subject Index to the Literature of Bibliotherapy: 1900- 1958. Atlanta University, 1959. (M. A. Thesis).

هدف هذا العمل إعداد كشاف موضوعى يحلل محتويات النتاج الفكرى حول موضوع العلاج بالقراءة ، والمنشور خلال أكثر من نصف قرن ١٩٠٠ - ١٩٥٨ .

(1) Rubin, Rhea Joyce. (1978) Bibliotherapy: A Guide to Theory and Practice.- Arizona: Oryx Press, 1978.- p.36.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy: A State of the Art. In: Advances in Library Administration and Organization.- Vol.9, 1991.- p. 37.

- Morris, Barry (1965) An Investigation of Personality Change Through Bibliotherapy. University of Regina, Canada. 1965?. (M. A. Thesis).

سعى هذا العمل الأكاديمى إلى استجلاء واستقصاء مدى التغير الذى يمكن أن يحدثه العلاج بالقراءة فى الشخصية ، وطبيعة واتجاه هذا التغير .

- Miller, R. (1956) Attitude Change Through Bibliotherapy. University of Missouri, 1965. (M. A. Thsis).

ركزت هذه الأطروحة أيضًا على دراسة احتمالات وطبيعة واتجاه التغير الذى يمكن أن يحدثه استخدام العلاج بالقراءة مع الأفراد المختلفين .

- Turner, M. L. (1967) Bibliotherapy and its Place Among the Sciences. University of Missouri, 1967. (M. A. Thesis).

عنى هذا العمل بالتعريف بمجال العلاج بالقراءة وبيان طبيعته الخاصة ، وأنواعه والإطار العام الذى يرسم ملامحه وحدوده ، وارتباطاته مع العلوم الأخرى ، من خلال بيان موقعه على خريطة العلوم البشرية .

- Saper, M. B. (1967) Bibliotherapy as a Sujunct to Group Psychtherapy. University of Missouri, 1967. (Ph. D. Dissertation).

تناول الباحث فى هذه الأطروحة العلاج بالقراءة من منظور كونه علاجًا مساعدًا ومدعمًا للعلاج الجمعى وليس بديلاً عنه .

- Opler, Pauline (1969) The Origins and Trends of Bibliotherapy as a Device in American Mental Hospital Libraries. San Jose State College, 1969. (M. A. Thesis).

قامت الباحثة فى هذا العمل ببيان أهمية وجدوى العلاج بالقراءة كأداة ووسيلة للعلاج فى مكتبات المستشفيات العقلية الأمريكية ، اعتمادًا على استجابة ٢١٧ مكتبة منها لاستبيان أعدته ، يقيس حقيقة واقع هذا النمط من العلاج فى كل مستشفى من وجهة نظر العاملين بها .

- McClaskey, Harris Clark (1970) Bibliotherapy with Emotionally Disturbed Patients: An Experimental Study. University of Washington, 1970. (Ph. D. Dissertation).

سعى الباحث فى أطروحته التجريبية هذه إلى استجلاء وبيان أثر استخدام العلاج بالقراءة على مجموعة المرضى الذين يعانون من الاضطراب العاطفى (الانفعالى) .

- McClaskey, Harris Clark (1970) Group Therapy or Bibliotherapy in Weight Reducation. University of Illinois- Urbana, 1970. (Ph. D. Dissertation).

هذا البحث عبارة عن أطروحة تجريبية تسعى لبيان مدى تأثير وفعالية استخدام العلاج بالقراءة ، مقارنة باستخدام العلاج الجمعى فيما يتعلق بعملية إنقاص الوزن .

- Zentner, T. R. (1970) The Effects of Bibliotherapy and Level of Reading Ability on Self- Concept. University of Montana, 1970. (Ph. D. Dissertation).

يركز هذا العمل على قياس التأثيرات المترتبة على العلاج بالقراءة ومستوى القدرة القرائية على مفهوم الذات لدى الفرد .

- White, James Oliver (1972) The Assessment of Program in Bibliotherapy for Black Helpers. University of Illinois- Urbana, 1972. (Ph. D. Dissertation).

تحاول هذه الأطروحة تقييم الجوانب المختلفة لبرنامج للعلاج بالقراءة موجه للهيئة المعاونة من المعالجين السود .

- Lorenz, Dahlia (1993) Creative Poetry Therapy: Products Analysis. University of Haifa, 1993. (Ph. D. Dissertation).

قامت الباحثة صاحبة هذه الدراسة بتحليل محتوى ثلاثمائة وثلاثين منتجًا أدبيًا إبداعيًا من الشعر المستخدم فى علاج فئات عدة (أطفال ، شباب ، كبار السن) المتفاوتى الاتجاهات والميول والأوساط الاجتماعية والمناطق السكنية ، بهدف الوقوف على المعايير الموضوعية والخروج بأداة ملائمة قابلة للتطبيق ، يمكن استنادًا إليها الحكم على ما يصلح

من الأشعار لكى يستخدم فى العلاج فى مقابل ما لا يصلح وخاصة فى المصحات العقلية .

أما على الصعيد العربى فمن خلال مراجعة عدد من أدلة حصر الإنتاج الفكرى فى مجال المكتبات و ، المعلومات مثل : دليل الرسائل الجامعية التى أجازتها كلية الآداب منذ إنشائها حتى نهاية مايو ١٩٩٦ ، ودليل الرسائل المسجلة حتى مايو ١٩٩٦ بكلية الآداب- جامعة القاهرة[1] ، ودليل الإنتاج الفكرى العربى فى مجال المكتبات والمعلومات بمجلداته المختلفة[2] ، إضافة إلى ما أورده الدكتور شعبان فى كتابه مسح وتتبع ورصد للنتاج الفكرى حول العلاج بالقراءة[3] يتبين أن النتاج الفكرى العربى حول موضوع العلاج بالقراءة قليل جداً يصل إلى حد الندرة ؛ حيث يعتبر مقالا الدكتور ملاك جرجس اللذان نشرا عام ١٩٥٩[4][5] هما أول إشارة عربية لموضوع العلاج بالقراءة ،

(١) دليل الرسائل الجامعية التى أجازتها كلية الآداب - جامعة القاهرة منذ إنشائها حتى نهاية مايو ١٩٩٦ / إعداد هاشم فرحات سيد . . . (وآخ) ؛ إشراف حشمت قاسم . القاهرة : جامعة القاهرة ، كلية الآداب ، وحدة النشر العلمى ، ١٩٩٦ . ٢ مج .

- دليل الرسائل المسجلة حتى مايو ١٩٩٦ / إعداد هاشم فرحات سيد (وآخ) ؛ إشراف حشمت قاسم . القاهرة : جامعة القاهرة ، كلية الآداب ، وحدة النشر العلمى ، ١٩٩٦ . ١٢٩ ص.

(٢) محمد فتحى عبد الهادى . دليل الإنتاج الفكرى العربى فى مجال المكتبات والمعلومات منذ عام ١٨٨٦ وحتى عام ١٩٧٦ . الرياض : دار المريخ ، ١٩٨١ .

- محمد فتحى عبد الهادى . دليل الإنتاج الفكرى العربى فى مجال المكتبات والمعلومات فى عشر سنوات: ١٩٧٦-١٩٨٥ . الرياض : دار المريخ ، ١٩٨٩ .

- محمد فتحى عبد الهادى . دليل الإنتاج الفكرى العربى فى مجال المكتبات والمعلومات ١٩٨٦-١٩٩٠ . الرياض : دار المريخ ، ١٩٩٥ .

- محمد فتحى عبد الهادى . دليل الإنتاج الفكرى العربى فى مجال المكتبات والمعلومات ١٩٩١-١٩٩٦ . الرياض : مكتبة الملك فهد الوطنية ، ٢٠٠٠ .

(٣)شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من البيليوجرافيا أو علم الكتاب . القاهرة : الدار المصرية اللبنانية ، ص ٥٧٥ .

(٤) ملاك جرجس (١٩٥٩) المكتبة تسهم فى علاج الأمراض النفسية والعقلية . عالم المكتبات ، س١ ، ع٤ (مايو-يونية ١٩٥٩) ص ص ٢٢ - ٢٤ .

(٥) ملاك جرجس (١٩٥٩) العلاج بالكتب . . علم وفن . عالم المكتبات ، س١ ، ع٥ (يوليو - أغسطس ١٩٥٩) ص ص ٢٠ - ٢٣ .

وإن لم يردا فى أول أدلة الإنتاج الفكرى العربى فى مجال المكتبات والمعلومات تحت رأس موضوع مستقل للعلاج بالقراءة ، بل وردا تحت رأس الموضوع « المكتبة - أهداف ودور » ، والمقالان وإن كتبا بقلم غير مكتبى ، حيث كان الدكتور « جرجس » مسئولاً عن تدريس مواد علم النفس الجنائى وعلم نفس الشواذ بجامعة عين شمس وقت كتابته لهما ، إلا أننا نكاد نتلمس الحس المكتبى بين ثنايا المفردات التى اشتملا عليها مقالاه اللذان شغلا فى مجموعهما عدد صفحات لا يتجاوز السبع صفحات ، وهما بمثابة محاولة تبشيرية بمجال وليد وافد يراد توطينه فى الأرض العربية لتخصص المكتبات .

وقد عرض الدكتور « جرجس » فيهما لأهمية ودور المكتبة بالنسبة للمريض العقلى أو النفسى ، ملخصًا هذا الدور فى عبارة غاية فى الدلالة هى : « إن القراءة فى المكتبة العادية هى إضافة لمعرفة القارئ بوجوه الحياة ، ولكنها بالنسبة للمرضى هى معاونة وخلق جديد للحياة نفسها » ، كذلك عدد فيهما أنماط المواد التى يمكن استخدامها فى العلاج بالقراءة والذى استخدم للإشارة إليه مصطلح « العلاج بالكتب » ، ومن أمثلة هذه المواد : الكتب الدينية ، الشعر الحكمى ، التراجم ، وكتب الصناعات اليدوية ، ثم أشار إلى ثلاثة مبادئ اعتبرها بمثابة القوانين الأساسية للعلاج بالقراءة وهى : غرس ثقة المريض بنفسه وبمن حوله ، إثارة انتباهه ، تنمية ميوله القرائية ، ولا يتفوق على هذا الجهد الريادى المتمثل فى ما اشتمل عليه المقالان من جوانب شتى للعلاج بالقراءة ، إلا تلك المقولة التى استهل بها كاتبهما إحداهما وهى : « إن خير طريقة تدفع الإنسان للتصرف كإنسان هو أن تعامله كإنسان » ويرى الباحث أن هذه العبارة تمثل فى جوهرها عماد العلاج بالقراءة كفن ، وذروة سنامه كعلم .

وبعد مرور ربع قرن على نشر هذين المقالين أشار الدكتور محمد أمين البنهاوى رحمه الله عام ١٩٨٤ فى كتابه « عالم الكتب والقراءة والمكتبات »[1] - أول من اهتم من المكتبيين بموضوع العلاج بالقراءة - لهذا الموضوع ، وإن جاءت إشارته هذه موجزة ومقتضبة بعض الشيء ، حيث لم تشغل سوى ورقتين فقط من مجموع أوراق الكتاب

(١) محمد أمين البنهاوى (١٩٨٤) ، العلاج بالقراءة فى : عالم الكتب والقراءة والمكتبات / ط مراجعة . القاهرة . العربى للنشر والتوزيع ، ١٩٨٤ . ص ص ١٠٧ - ١١٠ .

(ص ص ١٠٧-١١٠) ، وحملت عنوان « العلاج بالقراءة » وهى فى واقع الأمر عبارة عن توسعة لمقال نشر فى إحدى الجرائد ، حيث تناول فيها بعض الجوانب الأساسية للعلاج بالقراءة مثل : البدايات الأولى للعلاج بالقراءة ، الدلالة اللغوية ، وفئات المواد المستخدمة فى العلاج .

ثم جاء من بعده الدكتور أحمد بدر ثانى رواد المكتبيين العرب الأوائل فى الكتابة حول موضوع العلاج بالقراءة ، وتعرض فى مقاله « الببليوثيرابيقا ، أو العلاج بالكتاب والقراءة »[١] الذى أعيد نشره مرة ثانية كفصل مستقل شغل الصفحات من ١٧٧ - ١٨٧ من كتاب لاحق للمؤلف[٢] ، بشكل يركز على تعريف العلاج بالقراءة ، وأنواعه ، وجذوره التاريخية ، وارتباطاته ، وكيفية تطبيقه مع استعراض لبعض الجهود البارزة على صعيد الاهتمام به .

وأخيراً قدم الدكتور شعبان عبد العزيز خليفة كتاب « العلاج بالقراءة ، أو ، الببليوثرابيا »[٣] ضمن سلسلة كتبه التى تتبع فيها تاريخ الببليوجرافيا أو علم الكتاب ، كأول كتاب على الصعيد العربى يتناول موضوع العلاج بالقراءة بشكل مستقل ورؤية شاملة لمختلف جوانبه ، وذلك فى ثلاثة عشر فصلاً غطت جوانب شتى ، مثل : المفاهيم والتعريفات ، تاريخه ممارسة وتنظيراً وأبرز رواده ، تطبيقاته فى كل من : مستشفيات الأمراض العقلية ، والمستشفيات العادية والمؤسسات الخاصة ، والسجون ومؤسسات العقاب والإصلاح ، والمدارس ، والمكتبات العامة ، ثم مؤهلات وواجبات وطرق إعداد من يعمل فى مجال العلاج بالقراءة ، وأخيراً أنواع الإنتاج الفكرى التى يمكن أن تستخدم فى العلاج بالقراءة .

(١) أحمد بدر (١٩٩٣) الببليوثيرابيقا ، أو ، العلاج بالكتاب والقراءة . عالم الكتب ، مج١٤ ، ع٦ (نوفمبر / ديسمبر١٩٩٣) . ص ص ٦٣٤ - ٦٤٠ .

(٢) أحمد بدر (١٩٩٦) علم المعلومات والمكتبات : دراسة فى النظرية والارتباطات الموضوعية . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، ١٩٩٦ . ٥٠٧ ص .

(٣) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو ، الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . القاهرة : الدار المصرية اللبنانية ، ص ٥٧٥ .

وعلى صعيد الرسائل الأكاديمية تعتبر الرسالة التى نال عنها صاحب هذا العمل درجة الدكتوراه فى الفلسفة من قسم المكتبات والمعلومات بجامعة القاهرة عام ٢٠٠٢ هى أول رسالة عربية تتصدى لموضوع العلاج بالقراءة من منظور مكتبى بحت ، وقد أشار إلى ذلك صراحة الدكتور شعبان عبد العزيز خليفة فى ختام الفصل الأول من كتابه « العلاج بالقراءة ، أو ، البيبليوثرابيا » ذاكراً أنها تعد « أول رسالة علمية باللغة العربية فى هذا الموضوع » ، وأمّن على ذلك حسن آل حمادة فى مقاله بعنوان « العلاج بالقراءة فى الأدب العربى » بمجلة « الفيصل » السعودية فى العدد رقم ٣١٠ من السنة رقم ٢٦ .

وفى ختام هذا الاستعراض التاريخى يجمل بنا الإشارة إلى اثنتين من الشخصيات البارزة التى أسهمت بجهود لا يمكن إغفالها فى مجال العلاج بالقراءة ، هما : مارجريت مونرو Margaret E. Monoroe ، ونيقولاس روباكين Nicholas Rubakin :

فقد شغلت مارجريت مونرو Margaret E. Monoroe منصب عميد مدرسة المكتبات بجامعة وسكونسن Wisconsin بمقاطعة ماديسون Madison التى أشرنا سابقًا إلى عبارتها المشهورة حول العلاج بالقراءة وخدمة الإرشاد القرائى وهى « يبدأ العلاج بالقراءة عندما ينتهى الإرشاد القرائى »(١) .

وقد تأثرت « مارجريت » بفكر كل من روث تيوز Ruth Tews وإيفالين جاكسون Evalene Jackson وإن اختلفت معهما فى قناعتها الذاتية بأن دور المكتبات ينبغى أن يوجه لخدمة نظم دعم الأفراد Human Support Systems أكثر من خدمة تلك النظم الموجهة لأولئك الأفراد الذين يعانون من صعوبات فى التعبير عن ذواتهم ومشكلاتهم الخاصة(٢) .

كما ارتأت « مارجريت » أنه لكى يصبح الإرشاد القرائى فعالاً ومفيداً يتعين على أمين المكتبة أن يكون على معرفة وثيقة ولصيقة بمن يوجه إليه هذا العلاج (المتفع Client) بل يصل بها الأمر للمطالبة بأن تصل هذه العلاقة إلى مستوى العلاقة الشخصية ، وأن يكون ملمًا بأبعاد المشكلة التى يعانى منها الشخص ، وكذا أوعية المعلومات المتاحة فى المكتبة التى يعمل بها وتأثيرها المتوقع فى عملية العلاج ، كما يجب أن يكون قادراً على العمل ضمن فريق عمل ، ولديه خبرة طويلة فى ممارسة هذا العمل متعدد الارتباطات

(1) Aiex, Nola Kortner (1998) Bibliotherapy. http://www.indiana.edu/~eric_rec/ieo/digests/d82,html (Cited 9/8/1998).

(2) Ibid.

إلا أن ذلك لم يمنعها من الاعتراف بأن ممارسة العلاج بالقراءة يُعد ثمرة طبيعية لخدمات القـراءة المقـدمة من قبل أمين المكتبة . وقد قدمت مونرو عشـر أوراق بحثية بعنوان : «A Mimeographed Collection of Papers Presented at Three Adult Services Institutions Held» ، ناقشت أربع من هذه الأوراق العشرة الخدمات المرتبطة بالإرشاد القرائي ، في حين ناقشت الأوراق الست الباقية العلاج بالقراءة وأشارت إلى أن قضية المصطلح ليست على الدرجة نفسها من الأهمية مقارنة بضرورة التركيز على تضمين العلاج بالقراءة ضمن الخدمة المكتبية[1] .

ويكفى مارجريت ما قامت به من بيان للخطوات الأساسية التى تمثل قاسمًا مشتركًا أعظم فى إجراء أى برنامج للعلاج بالقراءة أيًا كان الهدف منه أو طبيعته الخاصة وهى[2] :

الخطوة الأولى : القراءة أو المشاهدة أو الاستماع للمادة .

الخطوة الثانية : تحقيق التقمص Identification مع بعض العناصر المشتمل عليها موقف ما لإحدى الشخصيات الواردة فى المادة .

الخطوة الثالثة : اختبار الموقف بشكل إسقاطى Projectivly ، إبدالى Vicariously على الشخص الموجه إليه البرنامج .

الخطوة الرابعة : اختبار عملية التفريغ أو التنفيس Catharsis عند الشخص نتيجة معايشته للموقف .

الخطوة الخامسة : الوصول إلى استبصار Insight الشخص بمشكلاته التى يعانى منها وذاته أيضًا .

الخطوة السادسة : تغيير اتجاه الشخص وسلوكه .

ومؤخرًا قام جون ت. بارديك John T. Pardeck بصياغة هذه الخطوات فى شكل المعادلة التالية[3] :

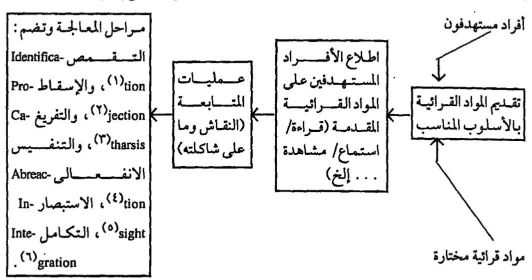
---

(1) Monroe, Margaret E. (1970) Reading Guidance and Bibliotherapy in Public, Hospital and Institution Libraries.- Madison, Wi: Library School, the university of Wisconsin, 1970.

<u>As Cited in:</u> Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.42.

(2) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.46.

(3) Pardeck, John T. (1998) Using Books in Clinical Social Work Parctice: A Guide to Bibliotherapy. Op. Cit. P. 18.



(١) « التوحد أو التقمص Identification » : هى حيلة يلجأ إليها الفرد ليزيد بها من قدر نفسه ، بأن يمد هويته إلى شخص آخر ، أو يقترض هويته من شخص آخر ، أو يخلط ويدمج هويته بهوية شخص آخر ، ومن أمثلته : « التوحد الإسقاطى - أنا هو » الذى يتصور فيه الفرد نفسه داخل آخر خارج عنه ، وهو نوع من الدفاع يلجأ إليه ليخلق لدى نفسه وهمًا بأنه يسيطر بهذه الطريقة على الشخص الآخر ، وبذلك يظن بنفسه القوة التى يفتقدها فى نفسه ويجدها لدى الآخرين ، وكذلك يحقق لنفسه الإشباع بأن يتصور أن الإشباع الذى يحققه الآخر لنفسه بقوته ، هو إشباع لنفسه هو ، و « التوحد الاستدماجى - هو فى » الذى يرى فيه المرء آخر داخله ، ويتصور هذا الآخر وكأنه جزء منه هو نفسه ، أى يتعين به باستدماجه داخله .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p378.

(٢) « الإسقاط Projection » : هى حيلة دفاعية يحمى بها الفرد نفسه من مشاعره غير المقبولة بأن ينسبها إلى الآخرين ، ويرتبط بالإسقاط ما يعرف باختبارات الإسقاط التى تستخدم لتحديد سمات الشخصية من خلال إكمال جمل وتأويل الصور وما شابه ذلك وفى كل الأحوال لا يكون هدف الاختبار الحكم على الشىء بالصواب أو الخطأ ولكن الهدف هو ترك الشخص حرًا لميوله وتصوراته لتحديد سمات شخصيته .

المصدر : - Ibid. pp. 657-658.

(٣) « التفريغ Catharsis » : هو إفراغ الحصر والتوتر بواسطة استدعاء المادة المكبوتة وإخراجها واستكشاف المزيد الذى له مغزى منها ، وهذه الانفعالات الحبيسة عادة ما تصاحب خبرات معينة . وقد يتم إما على المستوى الشعورى بأن يحكى الشخص عما يزعجه ويضايقه ويطلق العنان لانفعالاته يعبر بها عن حقيقة مشاعره ، وإما على المستوى اللاشعورى باستدعاء =

أما نيقولاس روباكين Nicholas Rubakin فيشير الدكتور شعبان خليفة[1] إلى أنه يعتبر الأب الروحى والمؤسس الحقيقى لعلم نفس الكتاب أو الببليوسيكولوجى Bibliopsychology ذلك العلم المنضوى تحت مظلة علم الكتاب أو الببليوجرافيا ، والذى عُرف ابتداء فى روسيا مسقط رأس روباكين ثم عُرف وانتشر لاحقًا - فى شكل امتداده المتمثل فى العلاج بالقراءة - فى الدول الناطقة باللغة الإنجليزية .

= الخبرات والذكريات المؤلمة أو الصادمة ، ويعيش انفعالاته بأن يفهم أبعادها والطريقة التى تسببت له فى الأعراض التى يشكو منها ، وهذه المعايشة لها تشفيه منها فتزول عنه الأعراض المرتبطة بها ، وعلى الرغم من أن النوع الأول من التفريغ قد يريح صاحبه إلا أنه يعد سطحيّاً مقارنة بالأثر العلاجى للنوع الثانى الذى من شأنه أنت يحقق للمريض مستوى من الوعى والاستبصار بحقيقة القوى اللاشعورية التى تنخر فى جهازة النفسى وتتسبب فى تداعيه بالمرض .

المصدر : - Ibid. p. 385.

(٤) « التنفيس الانفعالى Abreaction » هو إطلاق الشحنات المكبوتة باستدعاء الذكريات المكبوتة وصياغتها فى كلمات ، وقد استخدمه فرويد كوسيلة علاجية مشيراً إلى أن التنفيس بالكلمات وردود الفعل التالية عليه الإرادية واللاإرادية كانهمار الدموع وإطلاق التهديدات يحدث الأثر العلاجى المطلوب ، فالكلمات التى يلجأ إليها الفرد هنا تعد بديلاً عن النشاط الحركى الذى كان من الممكن أن يلجأ إليه للتنفيس عنه .

المصدر : - Ibid. p. 5.

(٥) « الاستبصار أو التبصر Insight » يعنى الإدراك المباشر لمعنى الشيء ، أو الوعى بالصلة بين السلوك وبين الهدف أو الغاية ، كما يعنى أيضًا فهم الفرد لذاته ومعرفته بحقيقتها ، وبالتالى فإن استبصار المريض يعنى أنه على وعى بمرضه وحاجته للعلاج وهو ما يعد خطوة أولى وأساسية نحو الشفاء .

المصدر : - Ibid. p. 395.

- فرج عبد القادر طه (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى . مرجع سابق . ص٧٥ .

(٦) « التكامل Integration » هو العملية التى بها تتحد المادة العضوية والسيكولوجية الاجتماعية ، وتنتظم فى مكون كلى له مستوى أعلى (وهو ما يفتقده مريض الفصام بشكل واضح) .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p397.

---

(١) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو ، الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص ص ٢٣١-٢٤٧ .

وللأسف الشديد ، فعلى الرغم من الجهود العظيمة التى قام بها هذا العالم على صعيد الاهتمام بالتأثير المتبادل بين الكتاب والقارئ ، خلال حياته التى امتدت حتى جاوز الثمانين ، قدم نحو ألف وخمسمائة برنامج للعلاج بالقراءة ، مائتين وثمانين كتابًا فى العلوم العامة ، وتسعة وأربعين كتابًا لأصحاب الثقافات الرفيعة ، علاوة على قصتين لم يُكتب لهما أن تريا النور حتى الآن ، على الرغم من ذلك كله فإنه لم يحظ هو أو أعماله بالاهتمام والمكانة اللائقين بهما ، ولعل ذلك يرجع للظروف السياسية التى صاحبت فترة ظهور هذه الأعمال ، وكذا عدم ترجمة أى من هذه الأعمال إلى اللغة الإنجليزية .

ويكفى هذا الرجل فخراً قيامه بأعمال ثلاثة خلدت اسمه فى سجل تاريخ العلاج بالقراءة : **العمل الأول** :تأسيسه لمعهد علم نفس الكتاب بدعم من معهد جان جاك روسو ، والمعهد الدولى للببليوجرافيا وكانت نواته ومقره مكتبة روباكين الخاصة ومنزله بمدينة لوزان عندما ارتحل إلى فرنسا ، وقد نشر روباكين نتاج الأعمال والأبحاث التى تمت فى هذا المعهد فى كتاب صدر فى مجلدين باللغة الفرنسية تحت عنوان « مقدمة فى علم نفس الكتاب Introduction a La Psychologic Bibliogique » حيث يعد هذا الكتاب من أمهات الكتب المتخصصة فى علم نفس الكتاب ، ولا غنى عنه لأى مهتم بهذا العلم أو متخصص فيه .

أما **العمل الثانى** فيتمثل فى : قيامه بإعداد قائمتين ببليوجرافيتين بأفضل الكتب التى يوصى بها للقراءة العامة ، الأولى بعنوان « بين الكتب » ، والثانية بعنوان « ممارسة تعليم الذات » ، وهذه الأخيرة تعد بمثابة دليل إرشادى صنفت فى الكتب ليس فقط حسب موضوعاتها ، بل وأيضًا حسب النمط النفسى الذى يعالجه كل منها والمستوى الفكرى الموجه إليه .

وأخيراً وضعه لقوانين أو مبادئ علم نفس الكتاب ، التى فيها أساس صالح للعلاج بالقراءة والتى تم التركيز عليها عند إجراء التجارب :

- « الكتاب ليس وعاء لنقل المحتويات ، ولكنه وعاء يعلق عليه القراء إسقاطاتهم ، وأى قارئين للكتاب نفسه سوف يخرجان بانطباعين مختلفين ، بل إن القارئ الواحد لو عاد بعد عدة سنين إلى كتابه المفضل سوف يجده مختلفًا وربما مخيبًا للآمال»[1] .

(قانون الكتاب وعناصره)

- « كل الظواهر اللفظية ، لها أساس بيولوجي فيما تخلفه فى الدماغ من آثار ، وفى ذكريات الماضى وانطباعاته التى تختزن فى الذاكرة » . (قانون سيمون)

- « الكتاب يكون له أقوى تأثير على القارئ الذى تكون نفسيته منظمة على نمط نفسية المؤلف » . (قانون هينيكوين)

وما من مكتبى عادى ينظر لهذه القوانين إلا ويتبادر لذهنه على الفور قوانين رانجاناثان الخمسة : (لكل قارئ كتابه ، لكل كتاب قارئه ، المكتبة ينبغى أن تستخدم ، حافظ على وقت القارئ ، المكتبة كائن حى نام) . وإن لوحظ هنا تركيز واضح على البعد النفسى ، وما يعتمل فى ذهن القارئ من جهة ونتاج ذهن الكاتب من جهة أخرى ، خاصة وأن روباكين فى ممارساته وتطبيقاته لعلم الكتاب أثبت بشكل أمبريقى قابل

(١) تعليقًا على هذا القانون نؤكد على أن كلاً منا عادة ما تكون لديه إسقاطاته الخاصة التى يصيغ بها ما تقع عليه عينه من جمل وعبارات يقرأها ، وذلك بتأثير الوجهة الذهنية التى تعتريه أثناء عملية القراءة من جهة ، ومخزونه من الذكريات وبنيته المعرفية من جهة أخرى ، وفى المقابل فإن بعض الكلمات العادية أو حتى أدوات الربط بل لا نبالغ إذا قلنا بأن حروف بعينها - عند وضعها فى سياق معين وبشكل معين يمكن أن تستثير وتوقظ مشاعر وأحاسيس خاصة لدى المتلقى ، وببساطة أكثر نتساءل : كم من أناس يذوبون شوقًا وعاطفة من وقع حروف مثل : « السين » و« الحاء » و « الهاء » عندما يتردد صداها فى نفوسهم فى ثنايا كلمات بعينها ، خاصة إذا قرأت هذه الكلمات بحس عال وإحساس دافئ عميق وصادق ، لذا فلا غرابة فى أن نجد « روباكين » يؤكد على أن مكانة علم نفس الكتاب بالنسبة للإنتاج الفكرى مثلها مثل مكانة علم الأصوات بالنسبة للموسيقى .

للقياس ، أن عملية قراءة كتاب ما بواسطة قارئ ما يمكن ملاحظتها وتسجيلها كأى تجربة فى ظل ظروف يمكن التحكم فيها وضبطها ، بما يمكن من الخروج بسمات محددة وواضحة للكتاب من خلال انعكاسه على مرآة ذهن القارئ والتغير فى بنيته المعرفية ، كذا سمات وتوجهات وطبيعة شخصية القارئ عن طريق تحليل مضمون ما يقرأه باستخدام الاستبيانات وطريقة خاصة ابتدعها روباكين[1] .

وأخيراً ، فقد شهدت السنوات الأخيرة مزيداً من الانتعاش فى مجال العلاج بالقراءة ؛ نظراً لصلته الوثيقة بالأدب والأعمال الفكرية لمختلف الكتاب والمؤلفين ، وتمشيًا مع هذا المنحى أقيمت مائدة مستديرة لأمناء مكتبات الصحة العقلية والعلاج بالقراءة ، أما أحدث التطورات التى حدثت على صعيد مهنة المكتبات فيما يتعلق بمجال العلاج بالقراءة فهو استحداث درجة وظيفية فى الحكومة الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية لأخصائى العلاج بالقراءة Bibliotherapist يلزم لمن يشغلها تلقى عدد من الدورات التدريبية والإشرافية ، بالإضافة إلى عمله الفعلى لمدة سنة على الأقل فى مجال العلاج بالقراءة[2] .

كما لم يعد استخدام العلاج بالقراءة يقتصر على المرضى النفسيين فقط ؛ بل أصبح يُستخدم أيضًا كأداة فعالة لمساعدة المصابين بمرض عضوى فى التغلب على الآثار السلبية التى تعتريهم من جراء مرضهم ، وكذلك الأشخاص العاديين الذين يعانون من مشكلات شخصية أو اجتماعية كالطلاق أو الموت أو الفشل الدراسى . . . إلخ ، كما لم يعد تطبيق هذا النمط من العلاج مقصوراً على أمناء المكتبات والأطباء بل دخل الساحة العلاجية أيضًا أفراد آخرون بعضهم مدرسين والبعض الآخر من علماء النفس

(١) لمزيد من المعلومات حول هذه الطريقة والمنهج المتبع فى التطبيق والقياس ، ونيقولاس روباكين بشىء من التفصيل ، يمكن الرجوع للفصل الخامس من كتاب الدكتور شعبان عبد العزيز خليفة عن العلاج بالقراءة المشار إليه فى ثنايا هذه الدراسة .

(2) Corsini, Raymond J. (1994) Encyclopedia of Psychology. Op. Cit. p. 163.

والاجتماع ، ومع تعاقب الأزمنة وظهور التقنيات المختلفة لم يعد الأمر يقتصر فقط على استخدام الكتاب فى شكله المطبوع وإنما تطرق الأمر إلى استثمار أشكال أخرى مثل : المواد السمعية والبصرية ، والوسائط المتعددة ، وملفات الحاسب الآلى ، فضلاً عن الخدمات المتاحة عبر شبكة الإنترنت ، وكذا نظم الواقع التخيلى Virtual Reality systems [1][2] ، بمعنى آخر أن مصطلح العلاج بالقراءة لم يعد يقتصر فقط على مطالعة الكتب ، وإنما أصبح هذا المصطلح يستخدم بأوسع معانيه وهو استخدام المعلومات أيّاً كان القالب الذى صُب فيه .

---

(١) نظم الواقع التخيلى Virtual Reality Systems : هى أحد العروض المرئية التى تتضمن صوراً من صنع الحاسب الآلى ، يتم عرضها على شاشتين صغيرتين موجودتين فى جهاز ، يثبت على رأس الشخص ، مضاف إليه تقنية تعمل على محاكاة الصوت واللمس فى إطار متكامل ، مما يجعل الشخص يعيش داخل عالم تخيلى يتيح له إمكانية التغيير فى بعض أجزائه ، كما يمكنه أن يرى حركات يده أمام وجهه على شاشتى الحاسب المثبتتين على عينيه ، مع ملاحظة أن دوران رأس الشخص يغير زوايا رؤية الصور والأشكال المعروضة أمامه ، كما أن لمسه للأشياء داخل هذا العالم التخيلى يعطى له إحساس بأنه يمسك أو يحرك هذه الأشياء كما هى فى الواقع الفعلى، بمعنى آخر أن هذه النظم تعتمد على حالات التوهم ، أو ما يتم تكوينه داخل عقل الشخص من صور ذهنية (مسموعة أو مرئية أو محسوسة ملموسة . . . إلخ) تبدو له كما لو كانت جزءاً من الواقع الفعلى الذى يعيشه ، وإن كانت تختلف عن نظيراتها فى هذا الواقع الفعلى ، حيث إن بإمكان الشخص التحكم فيها حسب رغبته ووفق إرادته ،

لمزيد من المعلومات عن هذه النظم هناك المقال المفصل التالى :

- عبد الله حسين متولى (١٩٩٥) نظم الواقع التخيلى أو تجسيد الخيال Virtual Reality Systems : وافد جديد يحتاج إلى تحديد . الاتجاهات الحديثة فى المكتبات والمعلومات : كتاب دورى يصدر مؤقتًا مرتين فى السنة . مج٢ ، ع٤ (يونية ١٩٩٥) ص ص ١٢٤ - ١٦٠ (الناشر : المكتبة الأكاديمية) .

(٢) يضم الملحقان (١/١/أ) ، (١/١/ب) نموذجين مصورين لأحد برامج الحاسب الآلى المعتمدة على تقنية نظم الواقع التخيلى والمستخدم فى علاج مرضى رهاب الأماكن المرتفعة Acrophobia عن طريق تعريضهم بشكل متدرج لصور من أماكن مرتفعة : مصعد فى أحد الأبنية ، نافذة فى أحد الأدوار العليا .

١-٣- أهداف العلاج بالقراءة :

عادة ما ينصح باستخدام العلاج بالقراءة لتحقيق الأهداف التالية(١)(٢) :

١ - تنمية وعى الفرد بذاته من خلال تقديم المعلومات اللازمة له .
٢ - زيادة فهم الفرد للسلوك والدوافع البشرية .
٣ - تدعيم ثقة الفرد فى ذاته وإمكانياته .
٤ - إتاحة الفرصة للفرد للحصول على ما يتماشى مع اهتماماته خارج نطاق ذاته .
٥ - التخفيف من الضغوط النفسية والعصبية .
٦ - إحاطة الفرد علمًا بأنه ليس هو الوحيد الذى يعانى من تلك المشكلة التى تؤرقه ، بل أن هناك كثيرين غيره يعانون منها ، ويستطيعون التغلب عليها ، أو على الأقل التعايش معها .
٧ - إحاطة الفرد علمًا بأن هناك أكثر من حل واحد للمشكلة التى تؤرقه .
٨ - مشاعدة الفرد فى التبصر بمشكلته من خلال مناقشتها بشكل أكثر تحرراً .
٩ - مساعدة الفرد فى وضع خطة واضحة ومنظمة تعينه على حل مشكلته .
١٠ - إكساب الفرد قيمًا واتجاهات جديدة .

وبشكل عام ؛ فلابد من أن يضع المعالج بالقراءة فى اعتباره أن الأمر لا يقتصر فقط على مجرد طرح وعاء معين لقراءاته من جانب المريض ، بل الأمر يتجاوز ذلك بكثير ليصل إلى برنامج تفصيلى متعمق يستوجب خطوات سابقة التخطيط وآليات سابقة الإعداد والتجهيز .

وكمؤشر بسيط يعكس حجم ما تمثله الكُتب والمكتبة بالنسبة لبعض المرضى النفسيين وتحديداً مرضى الفصام المدركين لأهمية كل منهما لحياتهم بشكل عام ومدى تحسن حالتهم المرضية على وجه الخصوص ، يكفى أن نقرأ ما جاء على لسان أحد مرضى الفصام الذى له صفحة خاصة به على شبكة الإنترنت حيث يقول : « لقد كانت

(1) Aiex, Nola Kortner (1998) Bibliotherapy. http://www.indiana.edu/~eric-_rec/ieo/digests/d82.html (Cited 9/8/1998).
(2) Pardeck, John T. (1998) Using Books in Clinical Social Work Practice. Op. Cit. P. 5,6.

المكتبة هى أخص صديق لى ، ذلك الصديق الذى يستطيع أن يقودنى إلى معرفة كل ما أريده أو يخطر ببالى »[1] .

١-٤ - أنواع العلاج بالقراءة :

يمكن تقسيم أنواع العلاج بالقراءة وفقًا لأكثر من محك ويمكن إجمالها فيما يلى :

أولاً : طريقة أو أسلوب إجراء العلاج بالقراءة : وينقسم إلى :

١ - العلاج الفردى واحد - لواحد (المعالج و/ أو الميسر - المريض)

One to One Base (Client/ Therapist and/or Facilitator)

ويتم فيه التركيز على فرد بعينه ، ودراسة حالته المرضية ، وطرح روشتة قرائية علاجية منتقاة تقدم له فى شكل جرعات مدروسة ومحسوبة ، ثم يناقش حولها بهدف اكتشاف الأثر التحويلى لها .

٢ - العلاج الجمعى واحد - لمجموعة (المعالج و/ أو الميسر - المرضى)

One to Many (or Group) Base (Clients/ Therapist and/or Facilitator)[٢]

(1) Chovil, Ian (2000) The Experience of Schizophrenia. http://WWW.chovil.com/first.html (Cited 20/11/2000).

(٢) يرى الدكتور يحيى الرخاوى أن أسلوب العلاج الجمعى يعد هادفًا وضروريًا لتكوين المعالج النفسى ، ولسيادته مدرسته الخاصة فى ممارسة هذا الأسلوب والتى يمارسها هو وتلاميذه تحت شعار « أنا . . أنت ، هنا . . الآن وليس كنت ، سوف ، لو - لا مجال للحديث عن الماضى أو المستقبل ، لا مجال للحديث عن الخروج من المستشفى أو الدواء ، لا مجال لطرح الأسئلة أو سرد النصائح » وهذه المدرسة تمثل منحى مصريًا حتى النخاع يرتبط بالبيئة والمعالج ارتباطًا مباشرًا ، ويكسب المريض ميزتين مهمتين تمثلان خطوتين أساسيتين على طريق العلاج : الأولى هى الاعتماد على المصادر الذاتية معظم الوقت بحيث يصبح احتياجه للآخرين موقوتًا ومرتبطًا بمواقف معينة ، ويصبح قادرًا على أن يمارسه دون ارتباط معوق ، أما الثانية فهى التقبل النشط ويعنى القدرة على ممارسة الحياة مع كل الناس دون استثناء بالقدر الذى يضطر إليه فى سلوكه اليومى المختار ، لمزيد من المعلومات حول هذه المدرسة وهذا الأسلوب المتميز من العلاج الجمعى هناك المصدران التاليان :

- يحيى الرخاوى (١٩٧٨) مقدمة فى العلاج الجمعى : عن البحث فى النفس والحياة . القاهرة: دار الغد للثقافة والنشر ، ١٩٧٨ .
- عماد حمدى (١٩٧٨)العلاج الجمعى : دراسة دينامية لاتجاه مصرى / إعداد عماد حمدى عز ؛ إشراف وتقديم يحيى الرخاوى . القاهرة : دار الغد للثقافة والنشر ، ١٩٧٨ .

وفيه يقدم المعالج جرعة قرائية علاجية لمجموعة من الأفراد الذين يعانون من مشكلات متشابهة أو قريبة من بعضها ، ثم يتم عقد جلسة نقاش حول هذه القراءات ، كل يدلى فيه بدلوه ، وتتبادل الآراء والأفكار حولها تحت إشراف المعالج وهذه الطريقة تتسم بالتركيز على تحقيق الاستبصار والإدراك من جانب المجموعة .

ثانيًا : المواد المستخدمة فى العلاج بالقراءة :

تشير هيلين إلرز Helen Elser[1] إلى أن المواد التى يمكن استخدامها فى العلاج بالقراءة ، والكيفية التى يتم بها اختيارها وكذا الأسلوب الذى تقدم به ، كلها أشياء يغلب عليها طابع الخصوصية ، ومن الصعوبة بمكان وضع معايير فاصلة تقبل التعميم أو قول فصل يحسم الأمر بالنسبة لها ، فقد تؤتى مادة معينة (قصة ، أو قصيدة ، أو إحدى السير . . . إلخ) ثمرتها مع مريض بعينه فى سياق معين وتحت ظروف معينة ، وقد لا تؤتى المادة نفسها الثمرة اليانعة مع مريض آخر ، رغم توافر السياق والظروف نفسها ، بل قد لا تنجح هذه المادة نفسها مع المريض نفسه الذى أجدت معه من قبل نتيجة تداخل ظروف ومتغيرات أخرى وتأثيرها على خط سير العلاج أثناء تقديم هذه المادة .

لذا فهى تنصح كل أمين مكتبة أو معالج بالقراءة أن يبنى بنفسه مجموعته الخاصة من المواد القرائية حسب الطبيعة والقدرات الذهنية والنفسية لمن يريد علاجهم ، وكذلك الظروف والإمكانات المتاحة على أن يراعى فيها بشكل عام البساطة فى الفهم والقصر غير المخل فى الحجم ، ويستطيع أن يسترشد فى هذا المضمار ببعض الخطوط العريضة - غير الملزمة - المستقاة من واقع التجربة والخبرات المتراكمة مثل[2] :

١ - أن تسعى المادة من خلال محتواها إلى هدف محدد وواضح تبتغى تحقيقه لدى الشخص المستهدف بها .

٢ - أن تكون بلغة مبسطة وشيقة ومألوفة من جانب الشخص المستهدف .

٣ - أن يأتى حجمها وسطًا بين الإيجاز المخل والإطناب الممل .

(1) Elser, Helen (1982) Bibliotherapy in Practice. Op. Cit. P. 648.
(2) Ibid. pp. 655, 656.

٤ - تلاؤم المحتوى مع القالب المصوغ فيه مع طبيعة وعمر ومستوى تعليم الشخص المستهدف .

ومن جانبه يذكر الدكتور شعبان عبد العزيز خليفة(١) أن أى نتاج فكرى مهما كان موضوعه يمكن استخدامه بطريقة أو بأخرى فى العلاج بالقراءة حتى الذى يعالج موضوعات بحتة كالكيمياء والطبيعة والفلك ، ومع ذلك فهو يشير إلى أنه من الناحية العملية عادة ما تبرز لنا فئات بعينها من النتاج الفكرى التى ثبت تأثيرها الفعال ونجاحها الملحوظ ضمن برامج العلاج بالقراءة لعل فى مقدمتها : الكتب السماوية ، القصص القصيرة ، الشعر ، كتب التراجم والسير الذاتية . وبتفصيل أكثر نعرض فيما يلى تقسيمًا للمواد المستخدمة فى العلاج بالقراءة وفق ثلاث محكات :

(أ) محك الشكل :

ووفقًا لهذا المحك الذى يركز على الشكل المادى للمواد المستخدمة فى العلاج بالقراءة نجد أن لدينا : مواد مطبوعة محملة على مصغرات فيلمية : ميكروفيلم ، ميكروفيش ، شفافيات . . . إلخ ، مواد محملة على وسائط ممغنطة سواء تم تشغيلها بواسطة أجهزة خاصة مسموعة و/ أو مرئية ، أو تم تشغيلها بواسطة الحاسب الآلى ، مواد محملة على وسائط مليزرة سواء كانت أقراصًا أو أشرطة أو خرطوشًا وسواء تم تشغيلها بواسطة أجهزة خاصة مسموعة و/ أو مرئية ، أو تم تشغيلها بواسطة الحاسب الآلى .

(ب) محك النوع :

ويقصد به طبيعة ونمط المحتوى الفكرى المشتملة عليه المادة ، وفى إطار ذلك نجد لدينا الأنماط التالية : الكتب السماوية المقدسة : كالقرآن الكريم ، والإنجيل ، الأحاديث النبوية ، وما جاء فى الأثر من أقوال الرسل والأنبياء والصالحين ، التراجم والسير

(١) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص٤٥٩ .

الذاتية ، القصص القصيرة ، قصص الخيال العلمي والأساطير ، الأشعار والأزجال والأحاجي والفكاهات ، كتب الإرشاد الذاتي وكتب آداب السلوك ، كتب الروح[1] .

وقبل الانتقال إلى الحديث عن المحك التالي ثمة ضرورة لبيان وضعية استخدام الكتب السماوية بصفة عامة والقرآن الكريم على وجه الخصوص في العلاج ، فكما أشير في استهلال الفصل الأول من هذه الدراسة إلى شيوع استخدام آيات من القرآن الكريم وفقرات من الإنجيل في بث الطمأنينة والسكينة داخل نفوس المرضى سواء مرضى النفس أو البدن ، وكما أكد الدكتور يحيى الرخاوي من أن : « القرآن الكريم هو نبراس الإيمان الحقيقي ، وله وظيفة تكاملية ، فهو يصلح الذات على أبعاضها (جمع بعض) ويصالح الإنسان الفرد على الناس من حوله ، كما يصالح الناس على الطبيعة والكون ، ومن هذا المنطلق يكون العلاج بالقرآن بهذا المعنى تحملاً لمسئولية الرسائل التي تحملها كلمات الله ، فلا يحل اللفظ محل الفعل ، ولا الخيال محل الواقع ، وبذا يكون العلاج أن نبغض ما يمقته الله ، فنبغض الكلام للكلام ، بل نبغض الاستسلام للمرض ، فمثل هذا الاستسلام ، والتغييب والتبعية نتيجة لغياب الوعي وفتور الإرادة ومحو الذات مشكوك في دوام مفعولها ، حتى لو جاءت بنتائج طيبة في بداية الأمر ، فإنها تدعم القابلية للإيحاء وتجعل المريض حتى لو شفي مرحليًا ، عرضة للتسليم للمجهول والتناقض الميت ، وهذا هو المرض »[2] .

---

(١) يؤكد الدكتور شعبان خليفة على أن « كتب الروح هذه ليس المقصود بها تلك الكتب التي تشرح كيفية تحضير الأرواح ، وإنما الكتب التي تكشف أساسًا عن أن الأصل في الإنسان هو الروح ، وأن هذه الروح خالدة والجسد ما هو إلا ثوب تلبسه الروح لفترة سواء طالت هذه الفترة أم قصرت ، وعادة ما يصلح هذا النوع من الكتب لعلاج الحالات التي تعاني من إعاقات بدنية حادة» شريطة ألا يخالط هذه الكتب كتب أخرى دخيلة محملة بزخم من الخرافات والخزعبلات التي تقود الفكر إلى غياهب الجهل والضلال (المؤلف) .

المصدر :

– شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص٥١٧ .

(٢) مقابلة شخصية لصاحب هذا العمل مع الدكتور يحيى الرخاوي حول موضوع العلاج بالقرآن (٢٠٠٢/٥/١٤) .

كما عدد الدكتور شعبان خليفة الفئات المختلفة التى تندرج تحتها الآيات المستخدمة فى العلاج على النحو التالى[1] :

(أ) آيات تحث على القوة والعزم فى مواجهة الشدائد .

(ب) آيات تحث على الصبر والمثابرة عند الابتلاء ، والإيمان بالقضاء والقدر .

(جـ) آيات تهون من شأن المادة وتعلى من شأن الروح .

وهو يدعم منحى استخدام القرآن الكريم فى العلاج النفسى ، تأسيسًا على ما انتهت إليه تجربة مؤسسة العلوم الطبية الإسلامية بمدينة « بنما سيتى » ، بولاية فلوريدا الأمريكية[2] ، والتى أكدت أن لتلاوة القرآن تأثيراً مهدئًا للجهاز العصبى ، كما أن ثمة تغيرات فسيولوجية تحدث داخل الجسم لتدل على انخفاض حدة التوتر لدى مجموعة الأفراد الذين شاركوا فى التجربة ، ومع ذلك يبدو أنه من الصعوبة بمكان التعويل كثيراً على هذه التجربة - رغم ضرورة احترام ما تنبئ به من مؤشرات - لعدة أسباب مثل :

١ - أن مجموع من طبقت عليهم التجربة لم يزيدوا عن خمسة أفراد ، وهو عدد قليل يصعّب من احتمالية تعميم النتائج .

٢ - لم يذكر ما إذا كان أى من هؤلاء الأفراد يدين بالإسلام أم بديانة أخرى ، وما جنسياتهم ، وهما متغيران لا يمكن الاستهانة بهما فى تجربة كهذه ، كذلك لم يذكر ما إذا كانوا يجيدون اللغة العربية أم لا ، وهو ما يرفع احتمالية الفهم مع السماع ؛ خاصة إذا علمنا أن بعض الجلسات كانت تشتمل على قرآن مجود مما يفتح المجال للتأثر بحلاوة صوت القارئ (وإن لم يذكر ذلك أيضًا رغم أهميته) .

٣ - هؤلاء الأفراد أصحاء ومن ثم فحالتهم النفسية - على الرغم من معاناتهم من التوتر - فى مجملها سوية ؛ ومن ثم فهى معدة للاستقبال السليم لما يقرأ .

٤ - لم يشر إلى الآيات التى كانت تُقرأ فى الجلسات ، وهل كانت ثابتة تتكرر ، أم مختلفة تتغير فى كل مرة .

---

(١) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص ٤٨٣ ، ٤٨٤ .

(٢) المرجع نفسه ، ص٤٨٥ .

وعلى الصعيد المصرى قام الدكتور طه رامز ، وهو طبيب نفسى ، بتطبيق ثلاثة أساليب مختلفة استخدم فيها القرآن لعلاج بعض الأمراض النفسية ، مؤكداً على أن الاضطراب النفسى هو نتاج افتقار الفرد إلى وجهة نظر دينية فى الحياة ، وأن الإنسان يمرض نفسيّاً عندما يهيم على وجهه دون دين يحقق له الاستقرار والسكينة ، ودون الإفاضة فى تفصيل محتوى هذه التجارب نشير إلى ما ذكره دكتور رامز من أن طريقته هذه المعتمدة على ترديد الفرد لآيات بعينها من القرآن الكريم بتعمق وتأمل وتركيز ، وبصوت تختلف شدته وسرعة كلماته ، لا تتعارض مع العلاج الدوائى الذى يصفه الطبيب المتخصص وإنما تكمل دور هذا العلاج وتفعل وظيفته ، حيث أنها تعمل على تنمية الوظائف الذهنية والمعرفية وتعديل أخطاء التفكير والسلوك[1] . وتجريبيّاً خرج الدكتور رامز من تطبيقه لطريقته هذه للعلاج بالقرآن على عينة عشوائية قوامها خمسة وثمانون فرداً من إجمالى مائة واثنين وثلاثين مريضًا بالاكتئاب على مدار أربع سنوات مقارنة بأساليب العلاج النفسى الأخرى ، بنتيجة إجمالية مفادها ، ثبوت تفوق العلاج النفسى الذاتى بالقرآن على أساليب العلاج النفسى الأخرى[2] .

وفى تجربة مشابهة ، لكن فى هذه المرة على مرضى الفصام ، ذكر الدكتور رامز أن أسلوب العلاج بتأمل ذكر الله (والذى ملخصه ترديد وتكرار ذكر الله أو آيات قصيرة أو آية الكرسى بعمق ؛ بحيث يتردد صداها فى أركان نفس المريض وكيانه وأن يشبع عقله بها وأن يطرد من ذهنه أى فكرة أخرى تظهر فى حيز الوعى) قد حقق نتائج ممتازة فى مساعدة هؤلاء المرضى فى التحكم فى حدوث وتكرار الأفكار والضلالات غير المنطقية ، كما تمكن عدد كبير من المرضى الذين سيطرت عليهم الهلاوس الصوتية من مواجهة تلك الهلاوس ، والحد من عدد مرات حدوثها ومن شدتها بدرجة كبيرة[1] .

(١) طه رامز (٢٠٠١) العلاج النفسى بالقرآن وكيفية استخدامه مع الأدوية النفسية ، تخليص العلاج بالقرآن من براثن الدجل والشعوذة . القاهرة : دار أخبار اليوم ، ٢٠٠١ . ص ص ٢٠، ٢١ .

(٢) المرجع نفسه ، ص ٨٨ .

(٣) المرجع نفسه ، ص ص ٣٨ ، ١٠٦ .

وهكذا يلاحظ أنه على الرغم من النتائج المشجعة التى تنطوى عليها هذه التجارب المصرية إلا أنها تفترض مسبقًا وتفرض ضرورة إيمان من ستطبق عليهم الآيات القرآنية ، كما أن نطاق تطبيقها – على الرغم من كبر حجم أفراد بعض عينات التطبيق – لم يزل محدودًا .

ومن ثم وتعليقًا على كل ما سبق فيما يختص باستخدام القرآن كمادة ضمن العلاج بالقراءة ، يمكن القول بأنه على الرغم من الأثر النفسى العميق الذى يتسلل إلى داخل كثيرًا منا عند سماعه لآيات القرآن الكريم وما تخلفه هذه الآيات من هدوء وسكينة فى النفس ، فضلاً عن الرضاء بالقضاء وانتظار الجزاء على الصبر على الابتلاء ، إلا أن ثمة تحفظ على الإفراط فى استخدامها فى سياق العلاج بالقراءة ، أو على الأقل ينبغى توخى الحرص والحذر الشديدين عند استخدامها ؛ وذلك من منطلقات عدة :

أولها :وجوب عدم إخضاع القرآن الكريم بوجه خاص والكتب المقدسة بوجه عام– التى لا يأتيها الباطل من بين يديها ولا من خلفها – لمحك الاختبار ؛ بمعنى أدق أنه إذا استخدمناها مع مريض ما وتحسن ثم فوجئنا بأنه لم يُجد استخدامها مع مريض آخر يعانى من المرض نفسه ، بل نجد حالته قد ازدادت سوءاً ، فهل نستطيع الاجتراء والقول بأن ثمة قصوراً فى هذه الكتب ؟ يقينًا الإجابة بالنفى ، فى حين أن هذا الخلل والنقد وارد جدًا أن نوجهه إلى ما عداها من المواد ، بل إنه ضرورى من أجل الارتقاء بها وإثراء محتواها ، هذا من ناحية .

ومن ناحية أخرى :نؤكد على أننا فى العلاج بالقراءة نكون فى سياق منظومة علاجية وليس دعوة هداية دينية (مع تسليمنا التام بأن كلاً منا وهو يؤدى عمله على أكمل وجه فهو فى عبادة ودعوة إلى الله عز وجل)، ولكن ما نعنيه أننا فى سياق العلاج بالقراءة ننظر إلى المادة القرائية تمامًا مثلما ننظر إلى المادة الكيميائية المصنع منها الدواء ، ومن ثم فإذا أعطينا قرص دواء لمريض غاية فى التدين فسوف يتساوى التأثير الكيميائى لهذا القرص داخل جسمه بشكل ودرجة التأثير نفسها الذى يحدث فى جسم مريض آخر غاية فى الإلحاد (ما لم يكن يعانى هذا الأخير من حساسية ما أو أمراض أخرى تتداخل

مع خط سير هذا التأثير) الشيء نفسه نتوقع أن يتم إذا ما استخدمنا مادة قرائية مع كل منهما ، أخيراً فإننا إذا أجزنا استخدام هذه الكتب المقدسة والأحاديث النبوية وأكسبناها وأضفينا عليها الشرعية العلاجية قانونياً ومهنياً ، فإننا نكون بذلك قد فتحنا الباب على مصراعيه أمام المشعوذين والدجالين الذين يطمحون إلى الاسترزاق من ورائها ، ونكون كمن يطرح العباءة الأكاديمية على ممارسى الدجل والشعوذة مثل : « من شطح وادعى ، ومن همهم وأسبل ، ومن تمايل وتمتم ، ومن ضرب حتى أدمى ، ومن خنق حتى قتل »[1] .

(جـ) محك أسلوب التقديم :

ويقصد بهذا المحك ما إذا كانت المادة تقدم : مقروءة ، أو مسموعة ، أو مقروءة ومسموعة معًا ، أو مشاهدة ، أو ملقاة ، أو مرواة سواء بأسلوب حوارى ، أو عن طريق الغناء أو التمثيل ، وقد يكتفى بأن يقف المريض موقف المتلقى للمادة وقد يطلب منه أن يشارك بشكل فعال فيما يقدم له ، وفى هذا الصدد يشير الدكتور أحمد بدر نقلاً عن رياج . روبين Rhea J. Rubin أنه من الممكن تقسيم العلاج بالقراءة من حيث الأسلوب أو الوسائل المستخدمة إلى ما يلى[2] .

(أ) الببليوثيرابيقا التقليدية : وهنا يقوم المريض أو المشارك بقراءة المواد والإنتاج الفكرى بنفسه ، أو أن يقوم أحد الأشخاص بقراءة هذه المواد له .

(ب) الببليوثيرابيقا الشفوية : حيث يتم توصيل المواد القرائية الشفوية للمريض أو المشارك[3] .

---

(١) هذه الجملة التصنيفية الجزلة مقتبسة نصًا من حوار تم بين صاحب هذا العمل والدكتور يحيى الرخاوى حول موضوع العلاج بالقرآن (١٤/ ٥/ ٢٠٠٢) .

(2) Rubin, Rhea J. (1978) using Bibliotherapy: A Guide to Theory and Practice.- Arizona: Oryx Press,.

نقلاً عن : أحمد بدر (١٩٩٣) الببليوثيرابيقا ، أو العلاج بالكتاب والقراءة . مرجع سابق . ص ٦٣٨ .

(٣) إن جاز لنا أن نوسع نطاق هذا النوع من الببليوثرابيقا فيمكننا أن نضيف له ذلك النوع من العلاج بالقراءة المستخدمة فيه تكنولوجية نظم الواقع التخيلى VRS ، والتى يتم توصيل المادة القرائية للشخص من خلال المعايشة شبه الكاملة أو حتى الكاملة بغمره داخل أحد برامج هذه النظم وتقديم معلومات أو خبرات معينة له من خلال معايشتها والتعامل مع مفرداتها تفاعلياً ، وهنا يمكن أن يصبح مسمى هذا النوع « الببليوثرابيقا المعيشة » .

(جـ) العلاج بالكتابة الإبداعية : وهنا يقوم المريض أو المشارك بكتابة النثر أو الشعر أو القصص القصيرة أو المذكرات أو الترجمة الذاتية ، أى إنشاء أعمال مكتوبة .

(د) العلاج بالتعبير الشفوى الإبداعى : أى أن يقوم المريض أو المشارك بالتعبير الشفوى كالنثر أو القصة القصيرة أو المذكرات الشفوية أو سرد التاريخ الذاتى ، أو إنشاء أعمال شفوية .

وإجمالاً نؤكد مرة ثانية أنه لا يمكن ترجيح كفة فئة معينة من المواد المستخدمة فى برامج العلاج بالقراءة على حساب فئة أخرى ، حيث أن لكل منها ميزتها الخاصة وتأثيرها الخاص ، فقد تؤتى مادة معينة ثمرتها مع مريض بعينه فى سياق معين وتحت ظروف معينة وقد لا تؤتى المادة نفسها الثمرة اليانعة نفسها مع مريض آخر رغم توافر السياق والظروف نفسها ، بل قد لا تنجح هذه المادة نفسها مع ذلك المريض نفسه الذى أجدت معه من قبل نتيجة تداخل ظروف ومتغيرات أخرى أثناء تقديم المادة .

كما ينبغى فى المقابل ألا يخطئ المعالج بأن يختار كتبًا يظن أنها صالحة ولكنها فى واقع الأمر غير ذات جدوى ومن أمثلتها : الروايات والقصص الهزيلة التى تتضمن شخصيات نمطية غير ثرية ، والأعمال التى تشتمل على إجابات سطحية مباشرة على أسئلة غاية فى التعقيد فتبدو كما لو كانت سلسلة من عبارات الوعظ والإرشاد المباشر الباعثة على الملل وغير المؤثرة ، فقراءة مثل هذه الأعمال يؤثر تأثيراً سلبيّاً بشكل أكبر مما لو لم يقرأ الشخص أى شىء على الإطلاق حيث تترك هذه الأعمال رؤى وانطباعات سلبية لدى من يقرؤها تمامًا مثلما يحدث عند تناول دواء غير صالح أساسًا(1) .

ومن ثم فالأفضل والأكثر فعالية هو أن يوضع فى الاعتبار عند اختيار المادة المستخدمة فى العلاج بالقراءة عدد من المعايير مثل : القدرات والطبيعة أو الظروف الخاصة بالمريض المستهدف من جهة ، والإمكانيات والطبيعة الخاصة للمادة من جهة أخرى ، وكفاءة وحنكة وتمرس مقدم المادة من جهة ثالثة ، هذا بالإضافة إلى سياق وأسلوب المادة والظروف المحيطة سواء من حيث الوقت أو التوقيت أو المكان ، والأهم

(1) Aiex, Nola Kortner (1998) Bibliotherapy. http://www.indiana.edu/~eric-_rec/ieo/digests/d82,html (Cited 9/8/1998).

من ذلك كله أن تكون المفردات التى يتضمنها محتواها قريبة - إن لم تكن متطابقة - مع المفردات المألوفة للمريض ومستقاة من قاموسه اللغوى ؛ لضمان سرعة وصولها له وفعالية تأثيرها فيه[1][2] .

وتجدر الإشارة إلى أنه يرتبط بتقديم المواد المستخدمة فى العلاج بالقراءة مراعاة المكان الذى تقدم فيه هذه المواد بحيث يأتى ملائمًا ومشجعًا إلى حد كبير ، وتقترح هيلين إلزر Helen Elser[3] فى هذا الصدد أن تكون المكتبة هى أنسب الأماكن لتقديم مثل هذه المواد حيث تكون بعيدًا عن نزل الرعاية وحجرات المرضى ؛ بهدف النأى بالمرضى عن جو هذه الأماكن الذى قد يبعث فى نفوسهم السأم والكآبة ، ويجعل صورة المرض والأدوية شاخصة أمام أعينهم .

---

(١) يجمل بصاحب هذا العمل فى هذا الصدد الإشارة إلى مثلين عاميين ترددا أكثر من مرة من جانب الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوى أثناء المرحلة التحضيرية لبرنامج العلاج بالقراءة المذكور تفصيليًا فى الباب الثانى وهما « من قرنه وادهن له » ، « من ذقنه وافتل له » وعمد من خلالهما إلى تأكيد ضرورة أن تكون نقطة البدء فى البرنامج من عند المريض فنبحث فى قاموسه اللغوى وفى ضوء التشخيص الكلينيكى لحالته ، ساعين من خلال ذلك وفى ضوئه إلى وضع أيدينا على المصطلحات أو التعبيرات ذات الدلالة والمرتبطة بحالة الشخص المرضية ، ومن ثم فمن خلال إعادة صياغة كل منها ومطالبة المريض بتكرار بعض الجمل ذات الدلالة كتابة ونطقًا يتم ترسيخ مفهوم معين على مستوى أحد ذواته سواء بوعى أو لا وعى من جانب المريض، مثال ذلك :

حالة مريض فصام كان ينكر صراحة انتسابه لأبيه وأمه الفعليين وينسب نفسه لآخرين ، وبعد مروره ببرنامج علاج كيميائى وجلسات تنظيم إيقاع المخ وعقد جلسات علاج مكثفة معه ، واستخلاص تعبيرات ذات دلالة من سياق كلامه هو وملاحظة تعاظم شعورى : الكره الدفين للوالد واستمراء تدليل الأم ، فرض عليه كتابة الجملة التالية أكثر من مائة مرة وترديدها بصوت عال : « من حقى أكره أبويا لكن مش من حقى أغلط فيه ، ومن حقى أمى تحبنى لكن مش من حقها تضربنى » وقد أثمر ذلك بشكل إيجابى فى البرنامج العلاجى الكلى له وكذا استبصاره بمرضه والذى يعتبر أول خطوة على طريق الشفاء .

(٢) يضم الملحق (١ / ٢) نماذج من النتاج الفكرى المستخدم فى العلاج بالقراءة مصنفة حسب مجال الاستخدام .

(3) Elser, Helen (1982) Bibliotherapy in Practice. Op. Cit. P. 649.

كما أنه قد ثبت لها من الملاحظة والتجربة أن المرضى يظهرون قدراً أكبر من ضبط النفس والتحكم فى السلوكيات غير الطبيعية إذا ما انتقل بهم إلى مكان آخر - كالمكتبة مثلاً - بعيداً عن نزل الرعاية التى يشعرون داخلها بالحبس والانقطاع عن العالم الخارجى ، فمرضى الفصام البارنوى على سبيل المثال لوحظ إظهارهم لاستعداد أكبر للتعلم واكتساب المهارات كلما تيسر لهم التواجد خارج جدران المستشفى حيث قلت لديهم أعراض الهلاوس خاصة تلك المرتبطة بالتواجد داخل نطاق المستشفى وكذلك - ومع انشغالهم بالوسط والأشياء الموجودة فى الخارج - قلت إلى حد كبير سلوكيات مرضية مثل التحدث إلى شخوص غير موجودين فى الواقع الفعلى[١] .

ثالثاً : الطبيعة الخاصة للعلاج بالقراءة :

ووفقًا لهذا المحك يمكن تقسيم العلاج بالقراءة إلى ثلاثة أنواع أساسية[٢][٣][٤][٥] :

١ - العلاج بالقراءة المؤسسى أو الإرشادى Institutional or Prescriptive Bibliotherapy :

يعد هذا النوع هو أقدم أنواع العلاج بالقراءة ، حيث بدأت ممارسته خلال الثلاثينيات من القرن العشرين بواسطة اختصاصيى الطب النفسى فقط ، ثم أصبح بعد ذلك يقوم به الطبيب أو الأخصائى الممارس أو المكتبى سواء بمفرده أو تحت إشراف الطبيب المتخصص ، داخل مؤسسات العلاج ، وفيه يتم اقتراح قراءات بعينها من كتاب أو أكثر - يتضمن حقائق Non Fiction - للمريض المقيم فى المؤسسة العلاجية ليقرأها انطلاقًا من قناعته - أى المعالج - بقدرتها على المساعدة فى علاج المشكلات الطبية

(1) Ibid.

(2) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy: A state of the Art Op. Cit.pp. 31,32.

(٣) أحمد بدر (١٩٩٣) البيليوثيرابيقا ، أو العلاج بالكتاب والقراءة . مرجع سابق . ص٦٣٥ .

(٤) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص ص ٤١ - ٤٥ .

(5) Doll, Beth and Carol Doll (1997) Bibliotherapy with Young People: Librarian and Mental Health Working Together. Colorado: Libraries Unlimited, 1997. pp. 10, 11.

البدنية أو النفسية أو العاطفية ، ثم مناقشة ما قرأه بعد ذلك ، ثم مطالبته بإنجاز بعض التكليفات . أى أن الهدف هنا هدف إرشادى تربوى ذو بعد معلوماتى يتمثل فى جعل المريض يستبصر بمرضه ويتأقلم مع المؤسسة والعلاج ، وقد يكون فى بعض الأحيان هدفًا متعياً Pleasurable .

ويشير الدكتور أحمد بدر إلى أن هذا النوع من العلاج بالقراءة لم يعد شائعًا اليوم ، ويبدو أن هذا الانحسار فى تطبيق هذا النوع بالذات من العلاج بالقراءة - أى المؤسسى - إنما يرجع إلى أنه يتطلب وقتًا وجهدًا كبيرين ، كما أنه يستلزم تضافر جهد فريق عمل من المعالجين والأطباء والأخصائيين فى منظومة علاجية مبرمجة لكل حالة على حدة حيث عادة ما يطبق بأسلوب العلاج الفردى نظرًا للخصوصية التى تتسم بها كل حالة .

٢ - العلاج بالقراءة الكلينيكى أو العيادى أو السريرى Cilinical Bibliotherapy :

يقوم بهذا النوع من العلاج بالقراءة الطبيب أو الأخصائى الممارس ويقتصر دور المكتبى فيه على اختيار القراءات المناسبة وتقديمها ، وعادة ما تدور هذه القراءات فى فلك أنماط الأدب البسيط Fiction مع التركيز قدر الإمكان على الروايات والشعر ، والهدف المرجو تحقيقه هنا يرتبط بحل مشكلة عاطفية أو نفسية وإبرازها ؛ لتحقيق الفهم المتعمق والأفضل لها ، عن طريق الاستبصار أو تعديل السلوك ، ويمكن أن تُقرأ هذه المواد القرائية من جانب المريض نفسه أو أن تقرأ عليه بواسطة المعالج . وينبغى أن يعقب هذه القراءة مباشرة مجموعة من المناقشات حولها ، ويمكن أن تقدم بالأسلوبين المشار إليهما سابقًا فى المحك الأول (أسلوب العلاج الفردى واحد لواحد One to One Base ، أو أسلوب العلاج الجمعى واحد لمجموعة One to Many Base) وهذا الأخير هو الأكثر استخدامًا هنا ، وعادة ما يكون عمل المكتبى تحت إشراف الطبيب أو الأخصائى الممارس ، ومن ثم فإن ما يقوم به المكتبى هنا لابد وأن يتم تحت إشراف المعالج ولا يقوم به بمفرده . ومكان العلاج فى هذا النوع قد يكون داخل المؤسسة العلاجية أو خارجها أو داخلها وخارجها وفق برنامج محدد الملامح والخطوات .

٣ - العلاج بالقراءة التنموى Developmental Bibliotherapy :

يسير هذا النوع من العلاج بالقراءة وفق مراحل تنموية محددة ، وعادة ما يقدم لمساعدة الأفراد الأسوياء فى مختلف مراحلهم العمرية ووظائفهم العملية ومشكلاتهم وأزماتهم الحياتية ، ومن ثم يستخدم فيه كلا النوعين من الإنتاج الفكرى الحقائقى والأدبى أو الخيالى Non Fiction and Fiction ، وينبغى أن يتم هذا النوع باستخدام الأسلوب الجمعى الذى يديره الشخص الميسر Facilitator الذى قد يكون هو ذاته المكتبى وأحيانًا أحد الأساتذة المدرسين الذى يعمل بمفرده بإرشادات بسيطة من جانب الأخصائى النفسى أو الاجتماعى ، ويتم التركيز هنا على المشكلات العادية التى تحدث للأفراد الذين لا يعانون من مشكلات نفسية أو اضطراب فى السلوك أو العاطفة . وهذا النمط من العلاج بالقراءة عادة ما يقدم من جانب المكتبى فى المكتبة العامة أو المدرسية كجزء من تنمية الوعى ، وأنشطة التعبير عن الذات ، والحفاظ على الصحة النفسية والتوازن العقلى ، والتوافق مع المجتمع ، ومجابهة المشكلات المختلفة التى تعج بها الحياة اليومية .

وفى إطار ذلك يعدد الدكتور شعبان خليفة أنماط القراءات المستخدمة هنا تأسيسًا على مراحل النمو العمرية التى يمر بها الفرد ، ويمكن القول هنا بأن جوهر وأساس هذا التقسيم هو المرونة فى الأخذ به واليسر فى مراحل وآليات تطبيقه ، فليس هناك ما يمنع رجلاً فى الخمسين من عمره من أن يحظى بمتعة قراءة كتب موجهة لمن هم فى سن المراهقة أو الشباب إذا وجد بها ما يجتذبه ويروق له ، شريطة ألا يكون هذا منبعه خلل فى التكوين النفسى أو نكوص لمرحلة عمرية انقضت دون أن تأخذ حقها من الاهتمام والامتلاء والامتداد ، والعكس صحيح فلا غرابة فى أن نجد طفلاً أو شابًا يطالع كتب الكبار ، ولكن مع التأكد من أن هذا لن يختطفه بعيداً عن متطلباته وواجباته الحياتية الطبيعية ، ويسرق منه حلاوة الاستمتاع بسنى عمره الآنية .

رابعًا : توقيت[1] إجراء العلاج بالقراءة :

ووفقًا لهذا المحك يمكن تقسيم العلاج بالقراءة إلى الأنواع الثلاثة التالية :

١ - علاج بالقراءة وقائى أو قبلى Preventive Bibliotherapy :

يمكن أن يفيد من هذا النوع من العلاج جميع الأفراد دون تمييز حيث عادة ما يهدف من ورائه إلى تسليح الأفراد بمخزون معرفى من المعلومات تجنيبًا لهم وتحسبًا لما قد يقعون فى براثنه من مشكلات نفسية أو اجتماعية أو أمراض ، أو على الأقل إجهاض أى من هذه المشكلات والأمراض فى بواكير هجمتها الأولى على كيان الفرد .

٢ - علاج بالقراءة آنى أو حالى Present Bibliotherapy :

وهو الأكثر انتشاراً وتطبيقًا ؛ حيث يعتمد على دراسة أبعاد المشكلة الآنية التى يعانى منها الفرد والمراد علاجها اعتماداً على تجميعة منتقاة بدقة من المواد القرائية ، وهذه الحالية للمشكلة لا تلغى إمكانية البحث فى الجذور العميقة لها والممتدة فى التاريخ البعيد لشخصية الفرد وحياته .

٣ - علاج بالقراءة نقاهى أو بَعدى Convalescent Bibliotherapy :

وهو عادة ما يبدأ من النقطة التى ينتهى عندها النوع السابق من العلاج بالقراءة ، فما من برنامج من برامج العلاج بالقراءة الحالية إلا وينبغى وضع برنامج علاج نقاهى أو بَعدى لاحق عليه يضمن ثبات واستقرار الحالة ، وكذا اعتمادها على نفسها وتوليها مقود

(١) يميز الدكتور يحيى الرخاوى بين كل من الوقت والتوقيت فيما يتعلق بمسألة العلاج بشكل عام وليس العلاج بالقراءة فقط ؛ حيث يشير إلى أن « الوقت Time » يشمل بعدين : أولهما أن المريض يحتاج لوقت طويل نوعًا حتى يشفى وترسخ قدماه على الأرض ويتعلم ما هو جديد ، وثانيهما أن الطبيب لابد أن يعتبر أن أى تقدم لمرضاه إنما يتم من خلال ما يعطيه من وقت يتعلم فيه ويتعلم منه ، إذ يأخذ ويعطى ، ويعيد النظر ، أما « التوقيت Timing » فهو يتعلق بضبط إيقاع التدخل والتفسير أو الفرض أو الصدمة أو الصمت ضبطًا يتناسب مع مسيرة المريض فى كل آن . ومع قدرة الطبيب فى كل آن » .
المصدر :
- يحيى الرخاوى (١٩٧٩) دراسة فى علم السيكوباثولوجى (شرح : سر اللعبة) . القاهرة : جمعية الطب النفسى التطورى . ص ص ٧٥٥ ، ٧٥٦ .

ذاتها فى مواجهة ما قد يعاودها من هجمات انتكاسية ، بمعنى آخر أنه ينبغى لأى برنامج علاج بالقراءة يراد له النجاح والاستمرارية ألا يتوقف بالمريض عند بوابة المستشفى فقط ، بل ينبغى أن يصاحبه خارجها من خلال امتداده إلى المجتمع الخارجى عن طريق ربط المريض بإحدى المكتبات العامة القريبة من مسكنه ، والتى تزخر بمجموعات ملائمة من المواد القرائية التى تزيل شيئًا فشيئًا ما قد يعترى المريض من وحشة واغتراب وهو يخطو أولى خطواته نحو المجتمع بأفراده وأحداثه ، ويتطلب ذلك بالطبع « برنامج مرحلى خروج / دخول Transitory In/ Out Program » يتم إجراؤه قبيل الخروج النهائى للمريض ، ويتم فيه ربطه بأمين المكتبة العامة المؤهل والمدرك لطبيعة احتياجات هذا المريض ويعرف الدور الذى يتعين عليه هو القيام به كاستكمال لما قام به المعالج أو أمين المكتبة فى المستشفى ، ولسنا فى حاجة هنا لأن نؤكد على ضرورة بل وجوب تبادل كلاً من الأمينين داخل المستشفى وخارجها الآراء والأفكار والرؤى بما ييسر ويعجل بتأهيل وتحسن المريض فى اتجاه ممارسة حياته العادية بل وتحوله لفرد منتج فى المجتمع .

بقى فى ختام الحديث عن أنواع العلاج بالقراءة طرح نوع خاص جداً من هذا العلاج - وإن كان يبدو على نقيضه - ألا وهو « العلاج بعدم القراءة Stop Reading Therapy » وهو عادة ما يستخدم مع المرضى الذين يكون النشاط القرائى لديهم عرض لمرض يصل بهم إلى درجة الهوس بالقراءة المتمثل فى النهم لقراءة أى شىء وكل شىء دون وعى أو فهم لما يقرأ ، مع غياب الهدف أساسًا من القراءة ، وفى مثل هذه الحالات ينبغى على المعالج أن يتدخل بالمنع ، وذلك للحد من هذه القراءة المرضية التى تضر بالمريض ، ثم رويداً رويداً يمكن تخفيف هذا المنع ؛ وإعطائه قراءات تأهيلية ذات سمات خاصة تصلح من بنيته المعرفية ، وتحسن من أسلوب تفكيره ، وتؤهله للدخول فى برامج للعلاج بالقراءة متقدمة وأكثر عمقًا .

١-٥ - الهيئات المهتمة بمجال العلاج بالقراءة :

هناك عديد من الهيئات والمؤسسات والمنظمات التى تهتم بالعلاج بالقراءة وتنميته وتطوير الآليات المستخدمة فيه ، ومن أبرز هذه الهيئات ما يلى :

جمعية المكتبات الأمريكية The American Library Association- ALA :

يأتى اهتمام جمعية المكتبات الأمريكية بالعلاج بالقراءة انطلاقًا من حقيقة أن أمناء المكتبات يمثلون عنصراً أساسيّاً ضمن منظومة العلاج بالقراءة ؛ حيث يلعبون دوراً أساسيّاً باعتبارهم حلقة وسط ما بين الكتب المختارة للعلاج بالقراءة أو أى أوعية معلومات أخرى والتى يشاركون فى عملية اختيارها من واقع معرفتهم وخبراتهم الشخصية ، وبين تعاملهم المباشر اللصيق مع الأفراد الموجهة إليهم هذه الأوعية ، ومن هنا خصصت جمعية المكتبات الأمريكية لجنة داخل قسم Hospital Division of the American Library Association تعرف بلجنة العلاج بالقراءة Bobliotherapy Committee تعنى ببحث إمكانية استخدام الكتب لإعادة تشكيل السلوك والاتجاهات.

ونظراً لتعدد ارتباطات مجال العلاج بالقراءة ومن ثم تعدد المهتمين به فقد نظمت هذه اللجنة حلقة عمل على هامش المؤتمر السنوى الذى عقدته جمعية المكتبات الأمريكية فى يونيو عام ١٩٦٤ ودعت إليه المتخصصين فى هذه المجالات المختلفة من أمناء مكتبات وأطباء بشريين وعلماء النفس وعلماء الاجتماع ورجال الدين . . . وغيرهم ، وقد تم تمويل هذه الحلقة من جانب المعهد القومى للصحة العقلية ، وكما أشير سابقًا فقد كلفت هذه اللجنة فى إطار الإعداد لحلقة العمل هذه روث م. تيوز Ruth M. Tews بإعداد مسح لجمع المعلومات حول وضعية العلاج بالقراءة فى ذلك الوقت وقد ساعدها ذلك على تولى تحرير أحد الأعداد المتخصصة من مجلة Library Trends الذى خصص جميع مقالاته لموضوع العلاج بالقراءة[1] .

وبمرور الوقت اتسع نشاط جمعية المكتبات الأمريكية وتعددت الأقسام التى تضمها واتسع نشاط لجنة العلاج بالقراءة حتى أصبحت جزءاً من اتحاد جمعيات المكتبات التعاونية والمتخصصة Association of Specialized and Cooperative Library Agencies- ASCLA والذى جاء إنشاؤه كمبادرة من أمناء المكتبات الذين يعملون فى

(1) Tews, Ruth M. (1962) Introduction. Op. Cit. pp. 97, 98.

مكتبات الإصلاحيات والسجون وكذلك العاملين فى المكتبات العامة والمدرسية وغيرها من المكتبات التى تتعامل مع فئات من المستفيدين ذوى طبيعة خاصة[1] .

كما تم فى عام ١٩٧٣ تأسيس أول جماعة نقاش حول العلاج بالقراءة تحت رعاية لجنة العلاج بالقراءة بجمعية المكتبات الأمريكية وترأس هذه الجماعة ريا ج . روبين Rhea J. Rubin الحاصلة على درجة الدكتوراه من كلية المكتبات بجامعة ويسكنسون[2] حول العلاج بالقراءة لنزلاء السجون تحت إشراف مارجريت مونرو Margaret Monroe أحد رواد العلاج بالقراءة ، ويلتقى أعضاء جماعة النقاش هذه على هامش اجتماع الشتاء والاجتماع السنوى لجمعية المكتبات الأمريكية ، والعضوية فيها مفتوحة لكل عضو فى جمعية المكتبات يهتم بمجال العلاج بالقراءة ، وهى تصدر نشرة فصلية باشتراك رمزى يغطى تكلفة إصدار النسخ والبريد .

ويرى القائمون على إصدار هذه النشرة أنها بمثابة مركز مقاصة Clearinghouse فى شكل وثيقة تضم إلى جانب الإعلام بالدورات التدريبية وحلقات العمل والبرامج التى تعقد حول العلاج بالقراءة إحاطة الأعضاء علمًا بالمستجدات وأحدث التطورات على صعيد مجال العلاج بالقراءة ، وكذا التعريف بأحدث الأوعية المنشورة فى هذا المجال إلى جانب قائمة بأسماء الأعضاء ، ولعل من أبرز الموضوعات التى ناقشها أعضاء هذه الجماعة بالاشتراك مع أعضاء لجنة العلاج بالقراءة موضوعى : تعليم العلاج بالقراءة ، اعتراف الدولة بالمتخصصين فى العلاج بالقراءة .

ومن أبرز الأسماء التى بذلت جهودًا لا يمكن إغفالها فى أنشطة كل من اللجنة والجماعة أرلين هاينز Arleen Hynes التى سبق الحديث عنها كأحد الرواد فى مجال العلاج بالقراءة ، والتى بالإضافة إلى كونها عضواً فى جمعية المكتبات الأمريكية فإنها تنتمى أيضًا إلى الجمعية القومية للعلاج بالشعر National Association of Poerty Therapy- NAPT ، واعترافًا بجهودها الملموسة فى هذا المجال أوصت جمعية المكتبات

(1) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p. 34.
(2) Ibid p. 35.

الأمريكية بتعيينها ممثلاً لأعضاء لجنة العلاج بالقراءة بها ، وكذلك ممثلاً لأعضاء الجمعية القومية للمعالجين بالشعر فى المجلس الفيدرالى الأمريكى الذى يعتمد منح شهادات الإجازة لمن يرغبون فى العمل كمعالجين بالشعر Poetry Therapist (P.T.) ، وهى فئتان أو درجتان :

الأولى : شهادة إجازة للعمل كمعالج تنموى بالشعر Developmental Biblio-Poetry Therapist (D. P. T.)

والثانية تسمى « شهادة الاعتماد أو التسجيل Registration » شهادة « معالج كلينيكى بالشعر Clinical Biblio- Poetry Therapist (C.P.T.) »[1] .

الجمعية القومية للعلاج بالشعر-The National Association of Poetry Therapy : NAPT

بداية تجدر الإشارة إلى أن كتاب « الاستشفاء بالشعر The Poetry Cure » الذى نشره ر. هـ. شوفلر R. H. Schauffler عام ١٩٣١ يعتبر من أوائل المحاولات الجادة لاستخدام الشعر فى مجال العلاج ، والملفت للنظر أن مؤلفه قد أهداه إلى جموع المكتبيين والممارسين ، ربما ظنًا منه بأنه من عند هؤلاء الأمناء يبدأ طريق العلاج الطويل ، ثم تلا ذلك الكتاب كتب عدة تبنت الخط العلاجى نفسه بالشعر ، أبرزها كان كتاب «القوة الشفائية للشعر Healing Power of Poetry »[2] الذى ضمن فيه الدكتور سمايلى بلانتون Smiley Planton مختلف القصائد الشعرية التى استخدمها فى تجاربه للعلاج على مدى أربعين عامًا كاملة ، ولعل من العلامات الفارقة بحق فى تاريخ العلاج بالشعر هو : تأسيس الجمعية القومية للعلاج بالشعر National Association of Poetry Therapists- NAPT عام ١٩٦٩ ، ثم معهد العلاج بالشعر فى كاليفورنيا عام ١٩٧٣ .

وقد تأسست فى الولايات المتحدة الأمريكية الجمعية القومية للعلاج بالشعر ، والتى كانت تسمى « الجمعية القومية للمعالجين بالشعر » عام ١٩٦٩ ، وشغل أول

(1) Ibid.

(٢) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص ص ٤٩٦ - ٥٠٣ .

منصب رئيس لها جاك ليدى Jack Leidy صاحب كثير من الأعمال المميزة فى مجال الكتابات الموجهة للعلاج بالشعر وأكثرها وضوحًا وتحديدًا ، بعد ذلك بأربع سنوات وتحديدًا فى عام ١٩٧٣ أسس آرثر لرنر Arther Lerner بولاية كاليفورنيا معهد العلاج بالشعر ، كما لعب كل من أرلين هاينز Arleen Hynes وكينيث جورليك Kenneth Gorelick دورًا مؤثرًا فى استخدام العلاج بالشعر فى مستشفى إليزابيث St. Elizabeth's Hospital خلال السنوات التى شهدت عملهما بها(١) .

وفى عام ٢٠٠١ شغلت منصب رئيس هذه الجمعية « كاثلين آدمز Kathleen Adams » وهى شاعرة فى الأساس وتحمل عدة شهادات معتمدة فى مجال العلاج بالشعر ، وهى تعلق على ما يتم استخدامه تحت مظلة العلاج بالشعر قائلة : « إننا نستخدم جميع أشكال النتاج الفكرى وفنون اللغة ، إننا نؤمن بالقوة المؤثرة الكامنة فى الشعر ، والقصص ، والصحف ، والقصص الخيالية (قصص الجنيات والسحرة) Fairy Tales(٢) ، وقصص الفلكلور وآداب الشعوب ، والمذكرات والسير الذاتية ،

(١) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p. 35-36.

(٢) تجدر الإشارة بمناسبة ذكر قصص الجنيات والسحرة Fairy Tales إلى أنه تسود سوق النشر حاليًا ما يطلق عليه : حمى هارى بوتر أو الجنون والهوس بهارى بوتر Harry Potter Mania وهى عبارة عن سلسلة قصص كتبتها سيدة بريطانية عادية تدعى ج . ك . رولينج J. K. Rowling فصلت من عملها وفى الفترة المنقضية بين توصيلها ابنتها للمدرسة وعودتها بها كتبت قصة هارى بوتر والتى تزخر بكثير من الأحداث الخيالية والقوى السحرية غير العادية التى يتمتع بها بطل القصة هارى والتى تمكنه من الطيران والتجسد فى صورة الحيوان الذى يريده وغير ذلك من القدرات الخارقة التى تعينه على مواجهة كثير من الصعوبات والمشكلات التى يستطيع فى النهاية دائمًا التغلب عليها ، ويكفى للتدليل على مدى الإقبال على الكتب الأربعة التى صدرت ضمن سلسلة هارى بوتر حتى الآن ذكر أنه قد بيع منها فى أول عام من نشرها ١٨ مليون نسخة ، ارتفعت بعد صدور الأجزاء الأربعة لأكثر من مئة مليون نسخة فى قارتى أوروبا وأمريكا فقط ، كما حصلت السلسلة على جائزة كتاب العام التى يمنحها سنويًا اتحاد الناشرين البريطانيين ، كما ترجمت لأكثر من ست وأربعين لغة ، واحتل الفيلم السينمائى المأخوذ عن الجزء الأول من المجموعة المرتبة الأولى بين العشرة أفلام الأعلى إيرادات فى السينما الأمريكية لعام ٢٠٠١ (٣١٧ مليون دولار) ، أيضًا حرصت جل المدارس البريطانية وكثير من المدارس الأمريكية =

والأغنيات التى يمكن أن تساعد فى العملية العلاجية ، إننا نشعر بحقيقة ما يحدث عندما تنطلق نافورة الشعر متدفقة لتغسل بمياهها العذبة الرقراقة القلوب والعقول العطشى للجمال والمعانى »[1] .

وتصدر عن الجمعية دورية علمية بعنوان The Journal of Poetry Therapy: the International Journal of Practice, Theory, Research and Education يتم تكشيفها واستخلاصها فى عدد من خدمات التكشيف والاستخلاص المهمة مثل Psychological Abstracts ، Social Citation Index ، Social Work Research Abstracts ، Sage Family Abstracts وغيرها ، وهى تتضمن مقالات أكاديمية وأشعاراً وأشكالاً أخرى من الأعمال الإبداعية التى يمكن توظيفها فى العلاج بالشعر بالإضافة إلى نص جلسات وحوارات علاجية وقسم خاص بالأعمال الشعرية والأدبية حديثة الصدور هذا فضلاً عن قسم مخصص تعرض فيه بشكل دورى مستخلصات للبحوث حول العلاج بالقراءة، وقد تولى تحرير هذه الدورية فى فترة من الفترات نيكولاس مازا Nicolas Mazza الحاصل على دكتوراه الفلسفة فى العمل الاجتماعى من جامعة ولاية فلوريدا Florida State University[2] .

= على إفراد بعض حصص القراءة الحرة ، وحلقات النقاش ، وحصص الاعتماد على الذات أو الاستقلالية Independence ، لواحد أو أكثر من كتب هارى بوتر الأربعة ، ويبدو أن هذا النجاح غير المتوقع والإقبال الجنونى على « هارى بوتر » ليس من جانب الصغار فقط بل أيضًا الكبار ، إنما يرجع إلى ما ذكر بين ثنايا هذه الدراسة من أهمية وتأثير نمط القراءات الهروبية أو التحررية التى تنتمى إليها « هارى بوتر » حيث يبدو كما لو أن أفراد المجتمع قد وجدوا أن الحل الوحيد لكل ما يعايشونه من كوارث ومشكلات وويلات هو عصا سحرية وقدرات خارقة تهبط عليهم بأى شكل من الأشكال ، ومن ثم فهم يتلمسون ذلك ولو بشكل تسكينى فى هذه القصة وما على شاكلتها بعد أن أعيتهم الحيلة وأسقط فى يد كل منهم . (مؤخراً وامتداداً لخط الفيلم المشار إليه سابقًا ظهر فيلم من النوعية نفسها وإن كان بطله فى سن أكبر بعض الشىء هو «الرجل العنكبوت Spider- Man») الذى حقق (٤٢٠ مليون دولار خلال عام ٢٠٠٢) .

(1) The National Association for Poetry Therapy (2001) http:// www. poetrytherapy. org/main. html (Cited 21/11/2001).

(2) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. A state of the art. Op. Cit.pp. 36-39.

كما تصدر عن هذه الجمعية أيضًا نشرة تقدم خدمات مساعدة ومشورات للأفراد المهتمين بالعلاج بالشعر ، وتتراوح المعلومات المتضمنة فيها ما بين : آراء وأفكار الأعضاء في جماعات الاهتمام بجوانب العلاج بالشعر ، وفحوى برامج وحلقات العمل ، ومتطلبات وشروط الحصول على إجازات معتمدة لممارسة العلاج بالشعر ، وتعتبر متطلبات الإجازة من الاهتمامات الراهنة للمكتبيين الذين يتطلعون إلى الحصول على مزيد من الاهتمام والتقدير ، والثقة من جانب أولئك الأفراد المهتمين والشغوفين بالعلاج بالشعر[1] .

ومع انتشار واتساع مجال العلاج بالشعر وتأكيد تأثيره بالتجربة العملية ، اهتم الكثيرون به ، بل وحاول البعض امتهانه والاشتغال به رغم اختلاف وأحيانًا تباين مآتيهم : أطباء وأخصائيون نفسيون ، أخصائيون اجتماعيون ، أمناء مكتبات ، استشاريون Counselors ، فنانون ، شعراء وكتّاب أغان وقصص ومسرحيات ، ساردو قصص Storytellers ، مدرسون ، ممرضون ، مقتنو جرائد ومجلات Journal Keeper ، معلمو كبار السن Adult Educators ، أساتذة جامعيون ، معالجون بالعمل/ الاستجمام Occupational/ Recreational Therapists ، حمالون أو عتالون Bodyworkers ، وزراء ، استشاريون ريفيون Pastoral Counselors ، مرشدون أو موجهون روحيون Spiritual Directors[2] ، جميعهم اشتركوا في الإيمان برؤية واحدة ، هي فاعلية وجدوى استخدام الكلمات للمساعدة في علاج الأفراد وبناء المجتمع ، وأن الشعر يستطيع أن يكون أداة فعالة لعلاج مشكلات وأمراض شتى ، لذا - وكما سبقت الإشارة من قبل - فقد تحركت لجنة العلاج بالقراءة بجمعية المكتبات الأمريكية ALA ووضعت الضوابط والقواعد التي تحكم العمل به ووضعت تعريفًا واضحًا لمن يحق لهم العمل به ، كذلك نجد عديدًا من الكليات والمعاهد قد أدمجت هذا النمط من العلاج ضمن مقرراتها الدراسية أو على الأقل ألحقت إليه ضمن مقرراتها تلك[3] .

(1) Ibid p. 36.

(2) The National Association for Poetry Therapy (2001) http:// www. poetrytherapy. org/main. html (Cited 21/11/2001).

(3) Rubin, Rhea Joyce. Edt (1978) Bibliotherapy: Source Book.- Arizona: Oryx Press, 1978.- p.167-172.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy. Op. Cit.p.35.

مركز Bubbling Spring Holistic Health Center :

يقوم هذا المركز بتقديم برنامج منظم للعلاج بالقراءة سواء عن طريق الهاتف أو البريد العادى أو البريد الإلكترونى حيث يستطيع الفرد وبعد حوار مع أحد الاستشاريين المتخصصين من ذوى الخبرة فى العلاج بالقراءة الحصول على قائمة بالكتب التى تلبى احتياجاته وتساعده فى التغلب على المشكلات التى تؤرقه ، وتتراوح فترة تقديم هذه الروشتة القرائية العلاجية ما بين النصف ساعة واليومين من توقيت الطبيب مقدم الاستشارة ، وعادة ما تتكلف هذه الاستشارة خمسين دولاراً فى المرة الواحدة وخمسة وأربعين دولاراً نظير عملية المتابعة ؛ ويمكن الدفع باستخدام بطاقات الائتمان Credit Cards وذلك قبل الحصول على الاستشارة العلاجية[1] .

سلسلة كتب « حساء دجاج للروح Chicken Soup for the Soul® series » :

على الرغم من أن هذه السلسلة ليست مؤسسة ، ولكن نظراً للمكانة المتميزة التى تحتلها الأعمال الصادرة فى إطارها بين أكثر الكتب مبيعاً بوجه عام ، وعدم خلو أى برنامج للعلاج بالقراءة من واحد أو أكثر من هذه الكتب على وجه الخصوص ، فيجمل بنا التعريف بها فى عجالة سريعة من خلال الموقع المخصص لها على شبكة الإنترنت[2] :

بدأت فكرة هذه السلسلة كحلم بسيط تشارك فيه اثنان من الأصدقاء الكتّاب المهتمين بالعمل الاجتماعى إلى أقصى درجة هما : مارك فيكتور هانسن Mark Victor Hansen ، وجاك كانفيلد Jack Canfield اللذان يعتبران الآن من أكثر المتحدثين والاستشاريين شهرة على مستوى العالم فى مجالات بعينها . وقد يبدو التخصص فيها بهذه الدرجة وهذا العمق غير مألوف من جانب مجتمعاتنا العربية ، رغم اعتبار هذه المجالات حيوية ولها سماتها الواضحة والمحددة وتعتبر من ركائز النهوض والتقدم

(1) Bubbling Spring Holistic Center (1997) Get Advice for selecting the right Health or Nutrition Book for you. http://www.bubblingspring.com/html/ gobibiotherapy.html (Cited 1/1/1997).

(2) Chicken Soup Enterprises (2001) The History of Chicken Soup for the Soul: About Us. http://www Chickensoup. com/ About% 20 Us/ Began.html/ (Cited 22/11/ 2001).

الاجتماعي في المجتمعات الغربية ، خاصة الولايات المتحدة الأمريكية ومن أمثلتها : الدافعية الذاتية Self- Motivation حيث يحمل « مارك » درجة قائد في مجال الدافعية (يمكن أن نسميه دافعي أو مستحث) Master Motivator من خلال خبرته في هذا المجال التي امتدت لأكثر من ربع قرن ، وتقدير الذات Self- esteem حيث شغل « جاك » منصب رئيس الجمعية (بعد أن كانت المجلس Council) الأمريكية لتقدير الذات National Association for Self- Esteem- NCSE ، وكذلك يحمل عضوية الجمعية الأمريكية للمتحدثين National Speakers Association- NSA .

حيث فكرا معًا عام ١٩٩٠ في نشر قصص النجاح التي يدللون بها على آرائهم وإرشاداتهم أثناء الندوات والمؤتمرات وورش العمل التي يحاضرون فيها ، وكان عدد هذه القصص آنذاك ثماني وستين قصة لم يحفل بنشرها أي ناشر من بين ١٤٠ ناشرًا ، طرق «مارك» و «جاك» بابهم موضحين لكل منهم أن قصصهم هذه من شأنها الارتقاء بالإنسانية من خلال مساعدة الأفراد على فتح قلوبهم ، وبعث نفوسهم الطيبة المثابرة ، ومنحهم الجرأة والشجاعة على ملاحقة أحلامهم وطموحاتهم حتى يجعلونها واقعًا ملموسًا .

الوحيد الذي ألقى بالاً لهما وجازف بنشر هذه القصص هو بيتر فيجزو Peter Vegso رئيس مؤسسة تواصلات الصحة Health Communications بمدينة فلاديلفيا الأمريكية حيث علق على المجموعة قائلاً : « يتعين علينا المساعدة في توسعة نطاق مثل هذه القصص الباعثة على الأمل والمحفزة للإلهام » .

وفي ٢٨ يونيو من عام ١٩٩٣ كان أول صدور لهذه المجموعة ، والتي لم تكن تحمل عنوانًا محددًا ما لبث أن استحضر « جاك » صورة جدته وهي تقدم له حساء الدجاج مؤكدة له في كل مرة « أنها تشفي من أي شيء » ، وفي لحظة تجل صاح قائلاً : حقًا إن هذه القصص تحمل بين ثناياها القوة العلاجية نفسها التي يحملها هذا الحساء ولكن ليس للجسم هذه المرة وإنما للروح ، ومن هنا جاءت التسمية ، وقد فوجئ باعة

الكتب منذ اللحظة الأولى لبيع هذا الكتاب أن كل من يشتريه يعود مرة ثانية ليشترى خمس نسخ أخرى منه تمهيداً لإهدائها إلى الأقارب والأصدقاء فى ليلة عيد الميلاد «الكريسماس» وهى عادة حميدة فى المجتمع الغربى[1] .

وفى أبريل من عام ١٩٩٤ ونتيجة الإقبال الشديد على المجموعة فقد احتلت قمة قائمة أكثر الكتب مبيعًا فى الأسواق ، ولم يمض خمسة أشهر حتى اعتلت قمة أكثر الكتب مبيعًا على الإطلاق فى استفتاء كل من : The New York Times ، The Washington Post ، Publishers Weekly ، USA Today ، بالإضافة إلى أكبر خمس قوائم كتب فى كندا .

ثم جاء عام ١٩٩٥ حاملاً معه حادثين سعيدين لهذه السلسلة : **الأول** فوزها بأكبر جائزة فى الولايات المتحدة الأمريكية تعطى لكتاب ينشر ويحظى بأفضل استحسان وأكبر كم من الإقبال الجماهيرى على شرائه خلال العام ويشارك فى تحديدها كل محال وأكشاك بيع الكتب هناك وهى : Prestigious ABBY (American Booksellers' Book of the Year) ، أما الحادث السعيد **الثانى** فهو فوزها بجائزة كتاب العام فى الاستفتاء السنوى الذى تجريه المجلة الشهيرة « مجلة جسم وعقل وروح Body, Mind & Soul Magazine » .

وفى عام ١٩٩٦ كان هناك حادثان سعيدان آخران فى انتظار السلسلة : **الأول** : فوزها بالجائزة العالمية «Story Teller World Award» لأفضل مقتطفات أدبية ، **والثانى**: حصولها على الجائزة التى يمنحها المعهد الأمريكى للأسرة American Family Institute فى مجال الأدب الحقائقى Non- Fiction .

وفى عام ١٩٩٨ تم التصويت لصالح هذه السلسلة كأفضل كتاب محبب خلال العام «Favorite Book of the Year» من جانب المشاركين فى عضوية مؤسسة Nickelodeon Kid's Choice Awards .

---

(١) يحضرنا فى هذا السياق مقولة الكاتب الأمريكى كريستوفر مورلى Christopher Morley « إنك عندما تبتاع لشخص كتابًا ، فأنت لم تبتع له اثنتى عشرة أوقية من الورق والحبر والصمغ ، وإنما ابتعت له حياة كاملة جديدة » .

وحتى الآن بيع من نسخ كتب السلسلة أكثر من خمسين مليون نسخة لنحو واحد وثلاثين عنوانًا ماتزال متاحة في سوق النشر الأمريكي[1] ، ترجمت غالبيتها إلى أكثر من ثلاثين لغة ، كما لم تخل أي قناة تلفزيونية أمريكية سواء عادية أو كابلية للأخبار خاصة من برنامج أو أكثر يتناول عدة كتب صادرة في إطار هذه السلسلة ، ومن أشهر هذه القنوات : الشبكة الكابلية للأخبار Cable News Network- CNN ، هيئة الإذاعة البريطانية British Broadcast Corporation- BBC ، قناة الحنين إلى الوطن Nostalgia Channel .

أما مؤلفا السلسلة « مارك » و « جاك » فقد حصلا مناصفة على جائزة مؤلفي أكثر الكتب مبيعًا «The Best- Selling Authors of the Year» لعامي ١٩٩٧ ، ١٩٩٨ في الاستفتاء الذي تجريه جريدة USA Today ، كذلك سجلا في موسوعة جينيس للأرقام القياسية Guinness Book of World Records لتأليفهما كتبًا احتلت قمة قائمة مجلة النيويورك تايمز لأكثر الكتب مبيعًا في وقت واحد ، كان ذلك في ٢٤ مايو من عام ١٩٩٨ .

بقي أخيراً في ختام الحديث عن هذه السلسلة التي أصبحت تعرف - كما ذكرت جريدة التايم - بظاهرة العقد في عالم النشر «The Publishing Phenomenon of the Decae» أنها بدأت تفتح المجال لتقبل النتاج الفكري الذي يسير في خط وتوجه السلسلة نفسه ، للأشخاص المهتمين بها والمسجلة عضويتهم في موقعها على شبكة الإنترنت ، حيث تقيّم الأعمال المرسلة ضمن مسابقة شهرية يحصل الفائز فيها على جائزة عبارة عن عدد ٢٧ نسخة مجانية من الأعمال الصادرة في إطار السلسلة تصل قيمتها المالية إلى ٣٥٠ دولاراً أمريكياً .

ومؤخراً أو بشكل أكثر تحديداً في الرابع عشر من أكتوبر ٢٠٠١ فوجئ صاحب هذا العمل بوصول رسالة عبر بريده الإلكتروني من المسئولين عن إصدار السلسلة - حيث أنه قد سجل نفسه كعضو فيها وشارك بعمل ضمن المسابقة الشهرية التي تنظمها - تدعو للمشاركة بعمل موجه لفئة المراهقين Teenagers في الولايات المتحدة الأمريكية من

(١) يوجد في نهاية الملحق (١/ ٢) المتضمن لنماذج من النتاج الفكري المستخدم في العلاج بالقراءة مصنفة حسب مجال الاستخدام ، بيان بالعناوين الصادرة في إطار سلسلة حساء دجاج للروح .

شأنه مساعدتهم على تجاوز ما حدث فى الحادى عشر من سبتمبر ٢٠٠١ خاصة وأنهم - وكما جاء فى الرسالة - لم يعايشوا مثل هذه الأحداث من قبل فى حين عايش كبار السن على الأقل أحداث الحرب العالمية الثانية ، كما أن المرحلة العمرية التى يمرون بها تجعلهم نفسياً وذهنياً أكثر حساسية للتأثير بما حدث ، وقد رُصد لأفضل قصة وأسرع مبادر من المشاركين جائزة عبارة عن ثلاثمائة كتاب من أكثر الكتب مبيعًا ، فضلاً عن نشر قصته ضمن إصدارات السلسلة ، والملفت للنظر هنا - والذى يرتبط بشكل مباشر وجوهرى بموضوع الدراسة - هو ذلك الوعى الواضح والفهم من جانب القائمين على أمر السلسلة لعمق تأثير الكلمة فى أفراد المجتمع الأمريكى هذا من جهة ، ومن جهة أخرى هذه الثقة الكبيرة فى تفتح ذهن أفراد هذا المجتمع بما فيهم فئة المراهقين لما يوجه لهم من كتابات هدفها مساعدتهم على تجاوز أى مشكلة تواجههم ، ومن جهة ثالثة ظهور توجه فى مجال العلاج بالقراءة وهو عدم الاقتصار على استثمار النتاج الفكرى المتاح بالفعل فى العملية العلاجية ، إلى تعمد والدعوة إلى كتابة وتأليف نتاج فكرى بهدف العلاج وتجاوز مشكلات بعينها ، وهو ما ينبئ بظهور فئة جديدة من الكتّاب والمؤلفين بل والمبدعين بشكل عام يمكن أن نطلق عليهم « الكتّاب العلا قرائيون أو الببليوثرابيون Bibliotherapeutic Writers » الذين يؤلفون ما يمكن أن يستخدم فى العلاج ، وذلك بالطبع من منظور كل منهم ورؤيته الخاصة وخبرته الذاتية وتخصصه واهتماماته .

١-٦ - مسئولية العلاج بالقراءة :

سواء كان الشخص مدرسًا أو مكتبياً أو متخصصًا فى الصحة العقلية فلابد له من أن يتروى كثيراً قبل التفكير فى الولوج إلى ساحة معترك العلاج بالقراءة ، فليس كل صاحب مهنة من هؤلاء المشار إليهم سابقًا يمكنه الاعتماد فقط على كفاءته المهنية فى القيام بهذا النوع من العلاج ، حيث أن من يرى فى نفسه القدرة على خوض هذه التجربة ينبغى أن يكون متسلحًا بعديد من الأدوات ومتسمًا بمجموعة من الصفات مثل : الذكاء المرتفع ، التوازن النفسى والعاطفى والقدرة على تقبل العمل بروح الفريق ، التعاطف مع الآخرين دون إظهار الشفقة أو التحفظ الأخلاقى أو الانفعال غير

المنضبط[١] ، وينبغى أن يكتسب المشتغل بالعلاج بالقراءة مهارات عدة مثل : القدرة على تشكيل وإدارة جماعات النقاش من حيث : " تحديد حجمها والاهتمام بمكان التقاء أفرادها وظروف وطبيعة السلوكيات التى تتم خلالها ، تحديد سمات من يتولى القيادة ، ديناميات الجماعة[٢] . وأولاً وأخيراً ينبغى أن يدرك أنه متى رضى بأن يعمل فى هذا المجال فقد رضى بأن يكون فى خدمة من لا يطيقه الآخرون ، بل أحيانًا لا يطيق نفسه ، ومن ثم ينبغى أن يكون أمينًا مع نفسه ويحدد ما إذا كان متقبلاً ومحترمًا للمريض ومرضه أم مجرد مسترزق من ورائهما[٣] .

هذا وقد يشارك فى برنامج العلاج بالقراءة الواحد أطراف عدة مثل : الأطباء ، الأطباء النفسيون ، الأخصائيون الاجتماعيون ، الممرضات ، الآباء ، المدرسون ، أمناء المكتبات ، الاستشاريون[٤] ، بالإضافة إلى من يطلق عليهم « الرفقاء الأذكياء Intelligent Companions » للمرضى الذين يشجعونهم على القراءة أو يقرأون لهم ويذكرونهم ببعض المقاطع ذات الأثر الفعال فى نفوسهم[٥] .

وتؤكد هيلين إلزر Helen Elser[٦] أن على المكتبى الممارس للعلاج بالقراءة أن يبذل قصارى جهده لجعل العلاقة بينه وبين المريض الذى يشارك فى علاجه علاقة حميمة يسودها الود والثقة المتبادلة وألا يبنى أحكامه أو قراراته فقط على تاريخ حالة الشخص

(1) Bibliotherapy Fact Sheet (1982) Urbana, IL: ERIC Clearinghouse on Reading and Communication Skills. ED 234-338.

As Cited in: Aiex, Nola Kortner (1998) Bibliotherapy.http://www.indiana.edu/~eric_rec/ieo/digests/d82,html (Cited 9/8/1998).

(2) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy: A state of the Art Op. Cit.p. 39.

(٣) لمزيد من المعلومات حول السمات والصفات والمؤهلات الواجب توافرها فى من يمتهن العلاج بالقراءة ، يمكن الرجوع للفصل الحادى عشر من كتاب الدكتور شعبان عبد العزيز خليفة عن العلاج بالقراءة المشار إليه فى ثنايا هذه الدراسة .

(4) Aiex, Nola Kortner (1998) Bibliotherapy. http://www.indiana.edu/~eric_rec/ieo/digests/d82,html (Cited 9/8/1998).

(5) Tews, Ruth M. (1986) Bibliotherapy. Op. Cit. p. 449.

(6) Elser, Helen (1982) Bibliotherapy in Practice. Op. Cit. P. 648.

المرضية ، بل ينظر لهذا التاريخ على أنه جزء من منظمة كيان إنسانى يحترمه فى الأساس ويسعى بصدق لمساعدته بشتى الطرق المتاحة .

وفى الاتجاه نفسه ينصح الدكتور أحمد بدر[1] بأن على أمين المكتبة الحاذق الذى يبغى تفعيل دوره فى مجال العلاج بالقراءة أن يوثق علاقته أولاً وقبل كل شيء بالمريض الذى يتطلع لمساعدته والمشاركة فى علاجه ، مما يتيح له فرصة أكبر فى تعرف طبيعة شخصيته ، وقاموسه اللغوى الخاص ، واهتماماته ، وميوله وهو ما يمثل فى مجمله زاده ومرشده على طريق البحث فى غابة النتاج الفكرى المتشابكة الأفرع والجذور فيوفق فى اختيار ما يتماشى منها مع حالة وميول واتجاهات وسلوكيات هذا المريض وييسر من عملية تعديل وتوجيه كل ذلك نحو الأفضل .

مع ملاحظة أنه لا ينبغى تسطيح دور أمين المكتبة واختزاله لدرجة الاقتصار على انتقاء المناسب والملائم من مفردات النتاج الفكرى والدفع به إلى المريض ، لكن إلى جانب ذلك هناك دور لا يقل عنه أهمية ، والمتمثل فى المشاركة الفعلية والإيجابية فى تعديل سلوك المريض واتجاهاته من خلال مراقبة سلوكياته عن كثب والاستماع إليه ومناقشته فيما يختار أو يقرأ مع ربط ذلك بحالته المرضية ومراحل تطورها سواء بالسلب أو الإيجاب ثم تدوين كافة الملحوظات حول ذلك ، ومناقشته مع الطبيب المعالج والأخصائى النفسى فى الاجتماع الدورى الذى يعتبر أمين المكتبة قاسمًا مشتركًا أعظم فيه ، وعضواً بارزاً لا يمكن إغفال أهميته ضمن المنظومة العلاجية بالمستشفى .

ولمارجريت مونرو Margaret Monroe أحد رواد العلاج بالقراءة مقولات أربع حول ما يتعين المكتبى الممارس للعلاج بالقراءة أن يعرفه ويضعه نصب عينيه ، ورغم أنها قد طرحتها منذ ثلاثين عامًا مضت ، إلا أنها ماتزال صالحة حتى وقتنا الحالى وهى[2] :

– تعرف على المستفيد (القارئ/ المشاهد/ المستمع) على المستوى الشخصى .

(١) أحمد بدر (١٩٩٣) الببليوثيرابيقا ، أو العلاج بالكتاب والقراءة . مرجع سابق . ص ٦٣٨ .

(2) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy: A state of the Art Op. Cit.p. 47.

- تعرف على المشكلة .
- تعرف على مصادر المعلومات بالمكتبة وتأثيرها العلاجى الكامن .
- تعرف كيف تعمل ضمن فريق .

وحتى يتسنى لأمين المكتبة أن يملأ هذه المكانة المخصصة له يتعين عليه أن يكون على قدر محمود من الاطلاع والإلمام بقطاعات شتى من المعرفة والعلم أبسطها وأهمها : الطبيعة الإنسانية ، السلوكيات المختلفة ، قيادة المجموعة ، الأنشطة المختلفة الرياضية والترفيهية ، الإرشاد والتوجيه . . إلخ ، هذا فضلاً عن الالتحاق بدورات تدريبية مؤهلة والتى تنظم فى أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية ، تحت رعاية وإشراف جهات عدة : بعضها يهتم بمجال المكتبات والمعلومات ، والبعض الآخر بالطب وتحديداً الطب النفسى ، وبعض ثالث فى مجال علم النفس وعلم الاجتماع . وبعد اجتياز الشخص لمثل هذه الدورات وفى ظل شروط وضوابط صارمة يُمنح تصريحًا للعمل كمعالج ويحمل مسمى « معالج بالقراءة Bibliotherapist »[1] .

وطالما أننا فى سياق بيان ما ينبغى أن يتسم به من يفكر فى امتهان وظيفة « معالج بالقراءة » فلا ينبغى أن تفوتنا الإشارة إلى سمتين ألمحت إليهما هيلين إلزر Helen Elser[2] على جانب كبير من الأهمية هما : تقدير واحترام المرضى كأناس لهم من الحقوق مثلهم مثل غيرهم من الأسوياء بل أكثر منهم بكثير نتيجة لظروفهم الخاصة فإذا ما حرص المعالج على ملء جعبته برصيد كاف من الاهتمام الصادق والرغبة الحقيقية فى مساعدة هؤلاء المرضى قبل أن يفكر فى إعداد المواد القرائية أو تجهيز أماكن الجلوس الخاصة بهم فإن ذلك يقينًا سوف يصل إلى كل فرد منهم ويمس شغاف قلوبهم ويخترق نفوسهم وينعكس إيجابًا على مستوى التعاون الذى يبدونه فى جلسات العلاج ، ويكفينا القول

(١) لمزيد من المعلومات حول سمات ومؤهلات وواجبات المعالج بالقراءة ، يمكن الرجوع للفصل الحادى عشر من كتاب الدكتور شعبان عبد العزيز خليفة عن العلاج بالقراءة المشار إليه فى ثنايا هذه الدراسة .

(2) Elser, Helen (1982) Bibliotherapy in Practice. Op. Cit. pp. 650, 651.

بأن مجرد لمسة حانية أو تربيتة بصدق على كتف مريض يكون لها فعل السحر لديه وتبث الطمأنينة فى نفسه ، بل نضيف فنقول بأن وضع الجلوس ، والإيماءة ، ونبرة الصوت كل ذلك يحمل دلالة ومعنى وتأثيراً فى نفس المريض ووجدانه[1] .

أما السمة الأخرى المهمة التى أشارت إليها هيلين فهى القدرة على التواصل مع المرضى ، وهذا التواصل لن يتأتى إلا من خلال قدرة المعالج على أن يضع نفسه موضع الآخر فيشعر بألمه ، ويأسف لعذاباته ، ومن باب أولى يتعرف على طعم السعادة بالنسبة له وعلى مصادرها ، هذا فضلاً عن عدم وقوفه عند ظواهر الكلمات وسطحيات معانى الجمل ، بل عليه أن ينفذ إلى ما وراء الكلمة والأكثر من ذلك أن يزنها ويضعها فى السياق الذى قيلت فيه وفى ضوء خصوصية حالة ووضعية من قالها ، فقد يصرح أحد المرضى بأنه يشعر بتحسن ويصر على ذلك ، ولكن المعالج المحنك المتمرس يستطيع قراءة ملامح هذا المريض والتفاتاته واهتزاز خلجاته ، فسيجد ذلك كله يعلن صراحة عن كذب ما يدعيه صاحبه ، ولا يمكن إغفال أهمية المظهر الشخصى للمعالج بالقراءة وضرورة اعتنائه بهندامه فيطلع على المرضى فى أبهى هيئة وأجمل صورة لبث الانشراح والبهجة فى نفوسهم لما لذلك من تأثير إيجابى ييسر مهمته إلى حد كبير .

ومن جانبها تلمح أليس سميث Alice Smith[2] إلى أن العلاج بالقراءة يتطلب فيمن يقوم به نوعًا من اليسر والسلاسة فى مناقشة المشكلات التى يعانى منها المريض لاحتواء أى ردود فعل غير سوية أو غير مقبولة من جانب المريض ، كذلك يتعين عليه أن

---

(١) لوحظ من خلال معايشة المرضى بالمستشفى التى تم إجراء التجربة بها ضرورة أن يحذر المعالج المستخدم لمثل هذه الأنماط من التواصل المادى مع المرضى عدم الإفراط فى القيام بها إزاءهم حتى لا تفقد أثرها وقيمتها وفعاليتها نتيجة الاعتياد عليها ، هذا فضلاً عن أنها قد تحدث مشكلات وأثراً عكسيّاً مع بعض فئات المرضى ونعنى بهم أولئك الذين يعانون من هلاوس ووساوس جنسية .

(2) Smith, Alice G. (1989) Will the real Bibliotherapy Please Stand Up?. Journal of Youth Services in Libraries, 2 (3), 241-49. EJ 395-489.
<u>*As Cited in:*</u> Aiex, Nola Kortner (1998) Bibliotherapy.http://www.indiana.edu/~eric-_rec/ieo/digests/d82.html (Cited 9/8/1998).

يوفر مناخًا ملائمًا يساعد على إقامة حوار فعال فيما بين الأطراف المشاركة فى برنامج العلاج بالقراءة ، خاصة إذا كانت المواد القرائية المستخدمة فى هذا البرنامج عبارة عن قصص روائية تعج بشخصيات نابضة حية تجتذب المرضى وتحرك داخلهم مشاعر وانطباعات تعتمل فى نفوسهم وتنتظر الفرصة للخروج على ألسنتهم فى شكل كلمات وآراء وتلميحات .

ويتعين على المعالج بالقراءة المفاضلة بين العلاج بالقراءة الفردى والعلاج بالقراءة الجمعى حسب كل حالة وظروفها ، فالعلاج الفردى عادة ما يتطلب وقتًا وجهدًا أكبر ومع ذلك فهو يتميز بأنه يتيح فرصة التعبير عن نفسه بحرية أكبر وبالتالى يُمكن من رسم صورة أكثر شمولاً لحالته والمشكلة التى يعانى منها ومن ثم ملاءمة وخصوصية وفعالية الحلول المطروحة لها ، وفى المقابل فإن العلاج الجمعى يفيد إلى حد كبير فى حالة المشكلات النفسية والعاطفية حيث يتيح إمكانة المشاركة وتبادل الخبرات فيما بين أعضاء المجموعة فضلاً عن ترسيخ الإحساس بعدم التفرد بالمعاناة من مشكلة معينة ومن ثم مواجهتها مما يعظم الإحساس بالانتماء نتيجة سيادة روح الجماعة وهو الشىء الذى يبعث إلى حد ما على الشعور بالأمان ودفء المشاعر والألفة أو على الأقل السكينة . . . إلى آخر ذلك من المشاعر التى يفتقدها الفرد العادى إذا ما تواجد بمفرده فى مواجهة أو الحديث عن مشكلته[1] .

يضاف إلى ذلك أن العلاج الجمعى ربما يؤدى بالفرد إلى تعديل أو تغيير وجهة نظره تجاه سلوك أو موقف ما أو مشكلة بعينها واكتساب فهم أعمق أو رؤية جديدة لمشكلات أو آراء الآخرين ؛ خاصة إذا نجح المعالج فى وضع يده على خيط رفيع من الأحداث أو المشاعر المشتركة بين أفراد المجموعة ويمتد هذا الخيط إلى الجذور العميقة لتاريخهم الحياتى سواء كان هذا الخيط هو : الاشتراك فى الجذور العائلية نفسها ، أو أنهم من المحافظة نفسها ، أو فى المرحلة العمرية نفسها أو المؤهلات الدراسية أو الاهتمامات

(1) Bibliotherapy Fact Sheet (1982) Urbana, IL: ERIC Clearinghhouse on Reading and Communication Skills. ED 234-338.

As Cited in: Aiex, Nola Kortner (1998) Bibliotherapy.http://www.indiana.edu/~eric-_rec/ieo/digests/d82.html (Cited 9/8/1998).

المهنيـة أو الرياضيـة أو الهـوايات ، وكـذلك يتـعين على المعـالج أن يحـرص على بعض الممارسات الشكلية إلا أنها ذات تأثيرات جوهرية فى تدعيم العلاقات بين أفراد المجموعة مثل : تأكيد ضرورة مناداة ومخاطبة الأفراد لبعضهم بأسمائهم مجردة ، والمصافحة يداً بيد[1] .

وسواء اختار المعالج أسلوب العلاج الجمعى أو الفردى فإن الخطوات التى يتعين عليه انتهاجها فى العلاج بالقراءة هى[2] :

١ – دفع الفرد أو الأفراد نحو أنشطة تمهيدية تعريفية .

٢ – توفير الوقت لقراءة المواد المختارة أو المقترحة .

٣ – توفير الوقت لاستيعاب وهضم المادة المقروءة .

٤ – توفير الوقت لمتابعة النقاش حول المادة المقروءة اعتماداً على طرح مجموعة من التساؤلات تقود الأفراد من الاستدعاء الحرفى للمعلومات إلى تفسير وتطبيق وتحليل وتركيب وتقييم هذه المعلومات .

٥ – ترشيد التقييم وتوجيه الفرد أو الأفراد نحو غلق باب المناقشة بموضوعية ورضا سواء كان هذا التقييم هو الذى وضعه المعالج ، أو كان تقييمًا ذاتياً من جانب أحد الأفراد .

١-٧ - تدريس العلاج بالقراءة ضمن مقررات مدارس وأقسام المكتبات والمعلومات :

يشير الدكتور أحمد بدر إلى أن عام ١٩٧٠ قد شهد وضع أول مقرر دراسى فى مجال العلاج بالقراءة ، وذلك فى مدرسة المكتبات بجامعة فيلانوفا Villanova

(1) Elser, Helen (1982) Bibliotherapy in Practice. Op. Cit. P. 649.

(2) Bibliotherapy Fact Sheet (1982) Urbana, IL.: ERIC Clearinghouse on Reading and Communication Skills. ED 234-338.

As Cited in: Aiex, Nola Kortner (1998) Bibliotherapy.http://www.indiana.edu/~eric_rec/ieo/digests/d82.html (Cited 9/8/1998).

بالولايات المتحدة الأمريكية ، كذلك نظمت جامعة إنديانا Indiana حلقة دراسية متعددة الارتباطات حول العلاج بالشعر(١) .

ومن جانبه يشير الدكتور شعبان عبد العزيز خليفة إلى أن جامعة لونج أيلاند Long Island University قامت بعد هذا التاريخ بعام أى فى عام ١٩٧١ بتنظيم مقرر فى العلاج بالشعر تحت عنوان « الإرشاد النفسى » وتولى تدريسه لطلاب الدراسات العليا الدكتور جيمس مور الأستاذ بقسم التوجيه والإرشاد النفسى(٢) .

كما يذكر أنه فى عام ١٩٧١ نظم معهد العلاج الاجتماعى Institute for Sociotherapy بمدينة نيويورك برنامجًا للعلاج بالشعر ، تم فى ختامه توزيع استبيان على الدارسين لإبداء رأيهم فيه وقد أيده جميعهم ودعوا إلى استمراره(٣) .

وتعقد جمعية مكتبات فلوريدا Florida Library Association مؤتمرًا سنويًا فى شهر مايو من كل عام حول العلاج بالقراءة ، كما تقوم مدرسة المكتبات وعلم المعلومات The School of Library and information Science - The بجامعة جنوب فلوريدا University of South Florida بتقديم مقرر تمهيدى فى العلاج بالقراءة يبدأ خلال شهر يناير من كل عام أكاديمى وهو من النوع التعليمى البحت من حيث التعريف بالعلاج بالقراءة وجدوى إعداد برنامج خاص به ، لكن دون التركيز بدرجة كبيرة على الممارسة العملية اليومية للعلاج بالقراءة(٤) ، وعلى غرار ذلك تقوم بالشىء نفسه جامعات أخرى فى الولايات المتحدة الأمريكية ومن أبرزها : مدرسة المكتبات بالجامعة الكاثوليكية الأمريكية The Catholic University of America's Graduate School of Librarianship التى قامت أرلين ماكرتى هاينز Arleen McCarty Hynes بتدريس مقرر

---

(١) أحمد بدر . (١٩٩٣) الببليوثيرابيقا ، أو العلاج بالكتاب والقراءة . مرجع سابق . ص ٦٣٧ .

(٢) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو ، الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص٤٥٨ .

(٣) المرجع نفسه .

(4) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy: A state of the Art. Op. Cit.Pp.49.

للعلاج بالقراءة بها مبنى على فكرة العلاج التفاعلى وتفعيل دور ميسر المجموعة المناظر Peer Group Facilitator[1] .

وفى دراسة مسحية ، مقارنة لعينة عشوائية من أدلة مقررات مدارس المكتبات والمعلومات فى جامعات الولايات المتحدة الأمريكية فى أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينيات قوامها خمسون دليلاً وجد أن مدرسة المكتبات والمعلومات بجامعة جنوب فلوريدا بمقاطعة تامبا School of Library and Information, University of South Florida, Tampa هى المدرسة الوحيدة التى يوجد بها مقرر يحمل اسم « العلاج بالقراءة Bobliotherapy » أما بقية المدارس فلا تقدم سوى مقررات مساعدة قد تخدم بشكل ما فى اتجاه العلاج بالقراءة مثل : النتاج الفكرى الموجه للأطفال ، النتاج الفكرى الموجه للشباب والناشئة ، الببليوجرافيا ، الإرشاد القرائى ، سرد القصص ، اختيار أوعية المعلومات ضمن سياسة تنمية المقتنيات ، وعلى الرغم من أن توصيف عديد من هذه المقررات يناقش الوظائف التنموية وكيفية تلبية احتياجات مجتمع المستفيدين ، وأهمية تنمية اتجاهات إيجابية من خلال الكتب ، إلا أنه ما من مدرسة مكتبات واحدة - باستثناء مدرسة جامعة جنوب فلوريدا - ناقشت العلاج بالقراءة كجزء من المحتوى المتضمن أو من هذه المقررأت[2] .

هذا وتؤكد مارجريت م . كينى Margaret M. Kinney على ضرورة ألا يكون محتوى مقررات العلاج بالقراءة بمدارس المكتبات والمعلومات باعثًا على الملل مثيراً للضجر ، وتقتصر هذه المناهج فى تركيزها بشكل سطحى غاية فى الاختزال على متى ؟ وكيف ؟ وأين ؟ يتم الحصول على أوعية المعلومات ، أكثر من تركيزها على المتعة والتشجيع الذى يمكن أن يثريهما محتوى هذه الأوعية فى نفوس الأشخاص ، ومع ذلك فهى تؤكد على أهمية تدريس المقررات المألوفة فى مدارس المكتبات والمعلومات مثل : الفهرسة ، التصنيف ، المراجع ، الببليوجرافيا بأنواعها[3] .

(1) Ibid. p. 47.
(2) Ibid. p. 50.
(3) Ibid. p. 44.

بينما يؤكد الدكتور شعبان خليفة على ضرورة الأخذ بمنهج التعليم البينى أو المتعدد الارتباطات Interdisciplinary Education فيما يدرس من مقررات تؤهل للتخصص فى العلاج بالقراءة إلى جانب فروع علم المكتبات مثل : علم النفس ، خاصة الجوانب المتعلقة بالتوجيه والتشخيص والإرشاد وخاصة للمعاقين بدنيّاً أو المضطربين وجدانيّاً وعاطفيّاً ، ومبادئ الدوافع وتأكيد الدوافع ، والاختبارات النفسية ، علم الاجتماع : من حيث علاقته بالمشكلات الطبية : كمواجهة المرض اجتماعيّاً ، والمشكلات الاجتماعية المختلفة : كالزواج ، الطلاق ، الموت ، وإعادة تأهيل المسنين ، والإحصاء وكتابة التقارير ، ومبادئ علم الأحياء ، وعلم التشريح ، وعلم وظائف الأعضاء ، وأدب الأطفال ، والشباب والكبار ، خاصة كبار السن ، والحاسب الآلى(١) .

أما إيفالين جاكسون Evalene Jackson فقد اقترحت مجموعة من المقررات ارتأت أنه لا غنى عنها لمن يبغى التخصص فى دراسة العلاج بالقراءة وهى(٢) :

(أ) مقرر عام فى الإرشاد القرائى .

(ب) العلاقات ما بين الأفراد .

(جـ) إدارة حلقات النقاش القيادية Leading Discussions الخاصة بالمشكلات والمواقف التى تحدث ما بين الأفراد .

(د) الإرشاد القرائى للكبار .

(هـ) مقررات أساسية شاملة فى الببليوجرافيا .

(و) مقررات متقدمة فى كل من علم النفس والنتاج الفكرى .

(ز) تدريب ميدانى على العلاج بالقراءة ، سواء كان هذا التدريب كلينيكيّاً (مباشراً) أو غير كلينيكى (غير مباشر) .

(١) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص٤٥٨ .

(2) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy: A state of the Art Op. Cit.pp.45,46.

(حـ) دراسة النتاج الفكرى المتاح فى شكل وسائط غير مطبوعة (يحدد فيه أى شكل أنسب لشخص معين وفى أى الأوقات) .

ويقترح ألا تتم دراسة كل هذه المقررات التى أشير إليها سابقًا بالدرجة نفسها من العمق والتخصص ، ومن ثم يقترح أن تقسم تلك المقررات التى يتعين على الدارس أن يدرسها ليتخرج معالجًا بالقراءة إلى فئتين : **الأولى : مقررات أساسية تضم** :أسس الطب النفسى بفروعه؛ خاصة مبادئ التشخيص والتأهيل ، أسس علم النفس بفروعه ، خاصة على نفس القراءة وعلم النفس الكلينيكى والدافعية ، علم الاجتماع ، الإحصاء ، الأدب ونقده ، الخدمات المكتبية ؛ خاصة خدمتى الإرشاد القرائى والمراجع .

والثانية : مقررات مساندة :كالحاسب الآلى ، علم الأحياء : وظائف الأعضاء والتشريح ، العلاج الجمعى والفردى وإدارة النقاش ، الاهتمام بالمظهر الشخصى ، منهج تحليل المحتوى ، مهارات كتابة التقارير والتلخيص والاستخلاص والاختزال .

على أن تسير هذه المقررات جنبًا إلى جنب مع المقررات المتعارف عليها فى مدارس وأقسام المكتبات والمعلومات المختلفة ، فكما تؤكد مارجريت م. كينى Margaret M. Kinney أن المعالج بالقراءة هو مكتبى فى الأساس أحرز تقدمًا فى اتجاه الإرشاد القرائى ثم أصبح أخصائيّاً مهنيّاً على وعى كبير بمبادئ علم النفس الكلينيكى ، ومدرب على بعض المهارات التى يجيدها الأخصائى النفسى : كمعرفة الحالة الكلينيكية للقارئ ، وقدراته واهتماماته ، إضافة إلى القدرة على تقدير وتقييم الاستجابات الانفعالية العاطفية لكل مريض ، لكى يتسنى له الربط ما بين القراءات المقترحة والاحتياجات العاطفية والذهنية للمريض ، وكذا صياغة تأويل صحيح لاستجابة المريض إزاء ما يقرأه[1] .

---

(1) Kinney, Margaret M. (1962) The Bibliotherapy Program: Requirements for Training. In: Library Trends, Vol. 11, no. (2 October 1962) p. 132 .

وبالنسبة لتدريس الموضوعات غير المكتبية يقترح الدكتور أحمد بدر أن يتم تدريس هذه المقررات فى مدارس المكتبات والمعلومات بالتعاون مع الأقسام العلمية الأخرى كعلم النفس (علم نفس القراءة) والاجتماع والتربية والطب النفسى[1] ، وإن كان يميل إلى أن يتخذ الاعتماد على هؤلاء المتخصصين فى تلك المجالات الأخرى شكلاً مرحلياً ووقتياً ، إلى أن يستطيع المكتبيون أن يستقلوا تمامًا بهذا الأمر ، ويلقمونه لأفراخ التخصص من الطلاب الدارسين برؤية مكتبية خالصة وخاصة ، غير منعزلة عن الرؤى الأخرى الطبية أو النفسية أو الاجتماعية ، وإنما تكملها وتتكامل معها ، مع احتفاظها بذاتيتها وكيانها المستقل الفاعل فى علاج وتأهيل الأفراد المستهدفين .

ومن الممكن أن يتشعب التخصص فى العلاج بالقراءة إلى ثلاث شعب تمثل الأنواع الثلاثة من العلاج بالقراءة ، يختار الدارس إحداها كى يتخصص فيها : شعبة العلاج بالقراءة المؤسسى ، شعبة العلاج بالقراءة الكلينيكى ، شعبة العلاج بالقراءة التنموى .

وبعد تخرجه لا يصرح له بممارسة العلاج بالقراءة إلا بعد أن يمضى عامين كاملين من الممارسة العملية فى المكتبات العامة أو مكتبات المستشفيات تحت إشراف خبير فى العلاج بالقراءة معتمد ومتمرس فى المجال منذ عشرة سنوات على الأقل ، يعطيه بعدها إجازة عبارة عن تقرير مفصل عن أدائه طيلة العامين يقدمه الدارس مرفق معه شهادات اجتيازه لدورات تدريبية متخصصة فى العلاج بالقراءة والخدمة المكتبية للجمعية المهنية المسئولة عن مجال العلاج بالقراءة فى الدولة لتعقد له امتحانًا نهائياً بالتعاون مع مدرسة أو قسم المكتبات والمعلومات فى الدولة نفسها ؛ بهدف استجلاء مدى تمكنه من أدوات مهنة العلاج بالقراءة ، ويستطيع باجتيازه لهذا الامتحان للحصول على شهادة معتمدة Credit Certification تمكنه من العمل كمعالج بالقراءة فى أماكن عدة تذكر منها مارجريت م. كينى Margaret M. Kinney : مكتبات المستشفيات أو المدارس ، قسم

(١) أحمد بدر . (١٩٩٣) البيليوثيرابيقا ، أو ، العلاج بالكتاب والقراءة .- عالم الكتب ، مج١٤ ، ع٦ (نوفمبر/ ديسمبر ١٩٩٣) .- ص ٦٤٠ .

الأطفال أو الشباب أو كبار السن بإحدى المكتبات العامة الكبرى[1] ، بالإضافة إلى مكتبات السجون ودور رعاية المسنين .

وفى ختام الحديث عن موقع مقرر العلاج بالقراءة على خريطة تخصص المكتبات والمعلومات ، يطالعنا سؤال على درجة كبيرة من الأهمية وهو : هل من الأفضل أن يكون المشتغل بالعلاج بالقراءة متخصصًا أساسًا فى مجال المكتبات والمعلومات (أمين مكتبة) ثم يحصل على مقررات ودورات كلينيكية تأهيلية كتلك التى يحصل عليها الأطباء والأخصائيون النفسيون ؟ أم أنه من الأفضل أن يكون إكلينيكيّاً فى الأساس يؤهل بتوجه مكتبى محدد ؟ ويجيب الدكتور شعبان عبد العزيز خليفة على هذا التساؤل مؤكدًا أنه « (سواء أكان هذا أم ذاك) ما يهم أن يكون نطاسى القراءة مسيطراً على مادته وأدواته سيطرة تامة ، ويفهم الشخص الذى يعالجه فهمًا كاملاً ، ولا يهم بعد ذلك إن كان مكتبياً تم تأهيله كلينيكياً أو إكلينيكياً تم تأهيله مكتبياً) »[2] .

ولعله من المناسب هنا تأكيد أنه متى تواجدت جهة معتمدة على مستوى الدولة تناط بها مسئولية اختبار من يزمعون العمل كمعالجين بالقراءة وتقييمهم وفق أسس ومعايير صارمة وضوابط محددة بشكل موضوعى ، فلن يحصل على ترخيص مزاولة هذه المهنة License سوى من هو أهل بالفعل لها وجدير بالعمل فى رحابها ، وإن كنت أميل إلى أن يكون الشخص مكتبيّاً فى الأساس ثم يؤهل كلينيكيّاً ؛ نظراً لأن الأساس هنا هو القراءة ، والدواء هو المادة القرائية ومن المفترض أن الأقرب إلى الاثنين (الأساس والدواء) هو من قضى الجانب الأكبر من دراسته التحصيلية إلى جانبهما أعنى «المكتبى» .

فى ختام هذا الفصل الخاص بالعلاج بالقراءة بشتى جوانبه ينبغى علينا التوقف طويلاً أمام مقولة قالها أحد أوائل من خطوا بقلم عربى المداد على إحدى صفحات كتاب

(1) Kinney, Margaret M. (1962) The Bibliotherapy Program: Requirements for Training. In: Library Trends, Vol. 11, no 2. (October 1962) p. 133 .

(٢) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو البيبليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من البيليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص٤٦٢ .

حياة العلاج بالقراءة أعنى أستاذنا الفاضل الدكتور محمد أمين البنهاوى - رحمه الله - منذ ما يقرب من العشرين عامًا ، وهى[1] :

« أن العلاج بالقراءة فى حاجة إلى مزيد من التحرى والاستكشاف ، فمنذ بداية الاعتراف به كفرع من فروع علم المكتبات مع أوائل القرن العشرين ولايزال جو من الغموض يكتنف تطبيقه وآثاره الفعلية ، ولايزال البعض ينظر إليه نظرته إلى الشعوذة والعرافة ، وفى عيون آخرين لم يزد عن كونه سمة أنيقة من سمات العصر الحديث ، ولكن الذى لا ريب فيه هو أن العلاج بالقراءة سوف يواصل نجاحه كوسيلة علاجية سواء تم ذلك على أيدى أمناء مكتبات أو أهل أى اختصاص آخر » .

ثم نتساءل هل ماتزال هذه المقولة صالحة لوصف واقع حال العلاج بالقراءة فى وقتنا الحالى وبعد مرور ما يزيد على العقد ونصف العقد على طرحها ؟ يبدو أن بها من الوضع الآنى للعلاج بالقراءة الكثير ؛ خاصة على صعيد مجتمعنا العربى ، وما هذا العمل إلا محاولة متواضعة لإلقاء حجر جديد فى مائه الراكد قبل أن يأسن ، خاصة مع اتساع مجاله على الصعيد الخارجى ، وسعى المشتغلين به والمهتمين بأمره إلى الاتفاق على كل ما يرتبط به من : أسس ومعايير ، وأخلاقيات ، وبرامج تدريبية ، وحتى أنه يمكننا القول بأنه شيئًا فشيئًا أصبح هناك ثمة قبول واسع له كأداة ووسيلة للعلاج ، وكما يذكر كلاً من جون ت . بارديك و م . ج . ماركوارد John T. Pardeck and M. J, Markward من أنه « يجب التوقف عن البحث فى مدى فعالية العلاج بالقراءة لأنه أصبح واقعًا ملموسًا وحقيقة راسخة وإن اختلفت النتائج والتأثيرات ، فذلك يحدث حتى فى العلاج بالعقاقير والعمليات الجراحية »[2] .

---

(١) محمد أمين البنهاوى (١٩٨٤) الكتب والقراءة والمكتبات . ط مراجعة . القاهرة : العربى للنشر والتوزيع ، ١٩٨٤ . ص١١٠ .

(2) Pardeck, John T. and M. J, Markward (1995) Bibliotherapy: Using Books to help Children Deal with Problems.- Early Child Development and Care, 106 (1995).- pp. 75-90.

نقلاً عن : شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص١٠٤ .

الفصــل الثاني

الفصام : التعريف والأسباب والأعراض والعلاجات المختلفة



الفصام : التعريف والأسباب والأعراض والعلاجات المختلفة

٢-٠ - تمهيد :

يسعى من وراء هذا الفصل إلى الوقوف على طبيعة الاضطراب النفسى الذى يعانى منه مجموعة الأفراد الذين سيشاركون فى التطبيق العملى للعلاج بالقراءة ألا وهو مرض الفصام Schizophrenia ، إذ أن من البديهى استجلاء طبيعة المرض وخصائصه لكى نضمن أن يأتى العلاج موائمًا لهذه الطبيعة مراعيًا لتلك الخصائص ، وعليه فسوف يتناول جوانب مثل : التعريف بمصطلح الفصام سواء من الناحية اللغوية أو الاصطلاحية ، والجذور التاريخية له المبرزة فى شكل جهود العلماء المتخصصين فى الطب النفسى وعلم النفس لكشف كنهه وأنواعه ، ثم بيان مدى انتشار هذا المرض بما يعكس حجم الخطورة التى يمثلها ، وكذا العوامل التى تؤدى للإصابة به سواء كانت وراثية أو أسرية ، أو كيميائية ، وأخيراً استعراض الأعراض المرتبطة به ، وأنواعه المختلفة ، ومآله ، والعلاجات المختلفة له ، وانعكاس تكنولوجيا المعلومات على كل ما يرتبط به .

٢-١ - التعريف والجذور التاريخية :

٢-١-١ - التعريف اللغوى :

جاء فى الطبعة الإلكترونية من قاموس وبستر الموسوعى[1] أن المقطع Schizo هو بادئة Prfix تعنى : الانقسام أو الانفصام وهى مشتقة من كلمة يونانية الأصل هى Shizen ، أما المقطع Phrenia فهو مشتق من الأصل اليونانى Phrene ومعناه العقل

(1) WWWebster Dictionary- Search screen. http://www.m.com/cgi-bin/m web (Last update 24/4/2001).

وبضم المقطعين إلى بعضهما يتتج لنا مصطلح « انفصام العقل أو الفصام العقلى Schizophrenia »[1] ، وترجع بداية استخدام هذا المصطلح إلى عام ١٩١٢ على يد العالم بلويلر Bleuler وهو يشير إلى « نوع من الاضطراب النفسى يلحظ من خلال فقدان التواصل مع البيئة المحيطة نتيجة تلف القدرة على الملاحظة على المستوى الوظيفى فى الحياة اليومية ، وتفسخ الشخصية والذى يتضح من خلال اضطراب الشعور والتفكير والإدراك (كما يبدو ذلك فى الهلاوس Hallucination والضلالات أو الهذاءات Delusion) ويزيد قاموس Hypertext Webster Gateway على ما سبق بأن هذا الاضطراب يتسم بتشويه للواقع واضطراب فى التفكير واللغة ، وانسحاب من المنظومة المجتمعية[2] .

(١) جدير بالذكر أن هناك لبسًا شائعًا عند كثير من الأفراد بين مرض الفصام أو « الشيزوفرينيا » (كما يشيع تسميته لدى الأفراد العاديين) ومرض« الشخصية المتعددة Multiple Personality» حيث تتوارى حقيقة وطبيعة الفصام (كما أفيض فى بيانها فى هذا الفصل) لدى هؤلاء الأفراد خلف الطبيعة المميزة (والمعروفة لدى العامة بازدواج الشخصية) للمريض بهستيريا الشخصية المتعددة ، وفيها يعيش المريض فى أكثر من شخصية بطريقة متمايزة ومنفصلة تمامًا ؛ فيكون لكل شخصية اسم خاص ، وسمات خاصة ، وأنشطة وعلاقات خاصة ، ولا تعى الشخصية الأساسية (المريضة) عن هذه الشخصية أو الشخصيات الأخرى شيئًا ، وإن علمت فيكون إدراكها له على أنه مرتبط بشخصية أخرى مستقلة عنها ومقطوعة الصلة بها تمامًا ، بل وتشير إليها عند الحديث عنها بضمير الغائب ، وهكذا يكون الحال بالنسبة لبقية الشخصيات الأخرى ، وعادة ما يحدث الانتقال بين الشخصيات المختلفة بشكل مفاجئ وفى فترات الضغط النفسى . ولعل السبب فى إرساء وتعميق هذا الخلط بين الفصام وهستيريا الشخصية المتعددة هو ذلك التشويه السافر والعرض المبتسر غير العلمى الذى يتم به تقديم وتناول هذين المرضين فى الأعمال الفنية والبرامج التى تعج بها وسائل الإعلام .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. 4th ed. Cairo: Madbouli Bookshop, 1994. p.495.

(2) Additional Hypertext Webster Gateway Lookup. http://work. ucsd. edu:5141/cgi-bibhttp - webster? schizophrenia & method = exact (Cited 30/4/2001).

أما قاموس أكسفورد[1] فيعرف هذا المصطلح بأنه « اضطراب عقلى يتخذ عد أشكال تتسم الأعراض فيها جميعًا بانفصام الارتباط بين التفكير والشعور والأحداث مـ انسحاب من النشاط الاجتماعى والشكوى من هلاوس وضلالات » .

٢-١-٢ - التعريف الاصطلاحى :

جاء فى المراجعة العاشرة للتصنيف العالمى العاشر للاضطرابات العقلية والسلوك International Classification of Diseases- ICD/10 التى أصدرتها منظمة الصحـ العالمية عام ١٩٩٩ أن[2] : « الاضطرابات الفصامية بشكل عام تتميز بتحريفات أساسـ ومميزة فى التفكير Thinking[3] والإدراك Perception[4] ، وكذلك فى العواطـ

ا The Oxford English Dictionary: (1989) 2ndéd./ Prepared by J. A. Simpson and E.S. C. Weiner. Oxford: Clarendon Press, 1989.- pp. 623, 624.

(٢) منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض ICD/10 : تصنـ الاضطرابات النفسية والسلوكية : الأوصاف السريرية (الكلينيكية) والدلائل الإرشـا التشخيصية / منظمة الصحة العالمية ؛ ترجمة وحدة الطب النفسى ، كلية الطب ، جامعة . شمس . القاهرة : الوحدة ، ١٩٩٩ . ص٩٤ .

(٣) « التفكير Thinking » : ضرب تجريبى من الفعل ، يتم بإنفاق جزء بسيط من الطاقة ، وير بعناصر مدركة فى الزمان ، ولهذا فإن التفكير يستبقى الإفراغ الحركى متأخران ويتحكـ الحركة ، ومن ثم كان التفكير شيئًا ضروريًا لاختبار الواقع .

المصدر :

lel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Cit. p.904.

(٤) « الإدراك Perception » : نوعان ، خارجى يقوم على الأحاسيس القادمة من أعضاء الحس يسمى إدراك حسى ، أو داخلى ينهض على الشعور باعتبار الشعور عضو حس له القدرة التوجه داخليّاً ناحية النشاط العقلى ، وخارجيّاً ناحية البيئة ، والإدراك خلاف الإحساس sation الذى هو عبارة عن عملية الوعى بالمحسوسات كالحرارة والضوء والصوت . . إلخ . أنه غير التصور Conception الذى يعنى صياغة أفكار عامة (مفاهيم) تقوم على تعرف الـ العامة لعدد من الموضوعات أمكن إدراكها على فترة من الوقت .

المصدر :

pp. 590,591.

Emotions[1] التى تكون غير ملائمة أو متبلدة . وعادة يبقى الوعى والقدرة الذهنية سليمين ، وإن كان يظهر بعض مظاهر النقائص المعرفية مع مرور الوقت . ويصيب اضطراب الشخصية تلك الوظائف الأساسية التى تعطى الشخص الطبيعى إحساساً بالفردية والتميز وتوجيه الذات ، فيشعر المريض أن الآخرين يعلمون أو يتقاسمون معه أكثر أفكاره ومشاعره وأفعاله الخصوصية . وقد تتكون وهامات (ضلالات) لتفسير هذه الظواهر تصل إلى حد الاعتقاد بوجود قوى طبيعية أو خارقة للطبيعة تعمل من أجل التحكم فى أفكار وأفعال الشخص المصاب وذلك بأشكال شاذة وغريبة فى أغلب الأحيان . وقد يشعر المرضى بأنهم هم أنفسهم محور كل ما يحدث . والهلاوس شائعة ؛ خاصة الهلاوس السمعية التى قد تنطوى على تعليق على سلوك الشخص وأفكاره . وكثيراً ما يضطرب الإدراك بأشكال أخرى ؛ فالألوان أو الأصوات قد تبدو أكثر حيوية من الطبيعى ، أو قد تبدو متغيرة نوعيّاً ، وتكتسب السمات الثانوية للأشياء العادية أهمية تتجاوز أبعاد الشىء أو الموقع بأكمله » .

وتحدد الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض العقلية الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى[2] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th ed.- DSM- IV™ والتى وضعت الفصام تحت فئة : الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى (295.xx) مدة ستة أشهر على الأقل تستمر خلالها مظاهر الاضطراب ، على أن يشهد شهر على الأقل من هذه الأشهر الستة (أو أقل فى حالة ما إذا توافر تشخيص من خبير حاذق) تلك الأعراض المميزة المحددة ، كوقت كاف يتم بناء عليه الاطمئنان إلى دقة تشخيص حالة الفرد بأنها « فصام » .

(١) « العاطفة Emotion » : على الرغم من اللغط الكثير الذى يدور حول تعريفها فإن الإجماع ينعقد على أنها استجابة شديدة التعقيد ، تشتمل على درجة عالية من النشاط والتغيرات الحشوية فى التنفس والنبض والإفراز الغددى والحالة العقلية ، وتصحبها مشاعر قوية ، وجيشان فى الشعور، ودافع إلى انتهاج سلوك معين . .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p263.

(2) American Psychiatric Association (1994) Diagnostic Criteria from DSM-IVTM. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. p. 148.

كذلك جاء فى الطبعة الأولى من دليل تشخيص الأمراض النفسية الصادر عن الجمعية المصرية للطب النفسى[1] - Diagnostic Manual of Psychiatric Disorder DMP-I والتى وضعت الفصام تحت الفئة (٧ صفر) : التى تضم مجموعة اضطرابات تمثل (أ) تطور عملية ذهانية مفسخة لتركيب الشخصية ، و (ب) نتاج هذه العملية في شكل عجز بالشخصية أو تدهور ، أن الفصام هو « زملة[2] مرض نفسى تتميز بعديد من الأعراض مع انزواء متزايد بعيداً عن البيئة ، وميل فى النهاية إلى تدهور شامل للشخصية ، ويظهر هذا الاضطراب نفسه فى مجال العاطفة فى صورة تناقض الوجدان ، وسرعة تراوح الانفعالات ، والانفعالات اللاملائمة ، وفى النهاية التبلد العاطفى ، وفى مجال النزوع (الإرادة والسلوك الحركى) تظهر الأعراض فى صور نشاط حركى مفرط شاذ ، أو خمول يصل أحياناً إلى درجة السبات ، أما فى مجال التفكير والإدراك فإن الاضطرابات التى نلقاها تتضمن سوء تأويل الإدراك ، والعجز عن التجريد ، والتفكير اللامتماسك ، وفرط الإدماج ، وعندما توجد ضلالات هلاوس فإنها عادة ما تكون غير منتظمة » .

أما قاموس مصطلحات الصحة العقلية المتاح على شبكة الإنترنت[3] فيعرف الفصام بأنه « مرض نفسى يلاحظ من خلال واحد أو أكثر من الأعراض التالية الضلالات ، الهلاوس ، التنظيم غير المترابط للكلمات Incoherence ، الانفعالات غير الملائمة أو وجود نقص أو تبلد فى المشاعر ، ويتم تشخيص هذا المرض من خلا

(١) الجمعية المصرية للطب النفسى (١٩٧٩) دليل تشخيص الأمراض النفسية . القاهرة : الجمعية المصرية للطب النفسى ، ١٩٧٩ . ص ص ٤٧ ، ٤٨ .

(٢) « الزملة Syndrome » : مجموعة من العلامات أو الأعراض تحدث فى وقت واحد ، ولكنها ذاتها لا تشكل مرضًا ، إما لأن الارتباطات بين هذه الأعراض غير معروفة ، أو لأنها ظو لعدد من الأمراض .
المصدر :

1. p. 868.

Glossary of Mental Health Terms: Bibliotherapy/ Poetry Therapy. http:// mirconect. com/ glossary/ poetrytherapy. html (Cited 9/2/1997).

سلسلة من الاضطرابات فى التفكير والإدراك ، والتى لا يمكن إرجاعها لعطب فى المخ ، وإنما يمكن اعتبار فصل أو فقدان الترابط بين الأفكار والانفعالات هو الأساس وراء هذا السلوك الملاحظ » .

ومن جانبه يعرف الدكتور أحمد عكاشة[1] الفصام على أنه « مرض ذهانى يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التى تؤدى - إن لم تعالج فى بدء الأمر - إلى اضطراب وتدهور فى الشخصية والسلوك ، ومن أهم هذه الأعراض اضطرابات التفكير والوجدان والإدراك والإرادة والسلوك » .

أما الدكتور يحيى الرخاوى[2] فهو يرى فى كتابه «دراسة فى علم السيكوباثولوجى» أن الفصام هو « مرض الأمراض » من منطلق أن ما عداه من أمراض نفسية كالعصاب واضطرابات الشخصية حتى الاكتئاب والهوس والبارانويا لا تعدو سوى دفاعات ضد تصدع (انهيار Break down) ، وتفسخ (تفكك وحدات كبيرة نسبيًا Disorganizing) ، وتناثر (درجة أعمق من التفكك إلى وحدات أصغر Disintegration) الشخصية ؛ أى دفاعات ضد الفصام ، وهو كمصطلح يشير إلى مفاهيم متعددة متنوعة ؛ فهو يعنى « سلوكيًا » مجموعة الأعراض غير المتجانسة وغير المحددة تمامًا فى كافة مجالات السلوك ، بما يشمل اضطرابات شكل الفكر والتبلد العاطفى والانسحاب وفقدان الإرادة ، فضلاً عن متناثرات الدفاعات المختلفة ، ويعنى « تركيبيًا » تباعد مكونات ومستويات تنظيم الشخصية (المخ) إلى حد التفسخ والتناثر فى النهاية ، ويعنى من وجهة النظر « الغائية »[3] نكوصًا متزايدًا مع استعادة النشاط

---

(١) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٩٨ . ص٢٤٩ .

(٢) يحيى الرخاوى (١٩٧٩) دراسة فى علم السيكوباثولوجى : شرح سر اللعبة . القاهرة : جمعية الطب النفسى التطورى ، ١٩٧٩ . ص ص ٣٢١ ، ٣٢٢ .

(٣) « الغائية Teleology » : هى مذهب يقول بأن كل شىء فى الطبيعة يسير نحو غايته ، أو أن كل شىء وكل تفكير متصور به غاية معينة . .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p. 877.

البدائى (ومن ثم التدهورى) ، وهذا كله يشمل توقف الزمن وظيفياً على الأقل وتوقف التعلم وإلغاء الآخر ، أما المفهوم الدينامى للفصام فهو يشير مباشرة إلى وجود ذاتوى مطلق .

وهو يرجع الاختلاف واللغط حول مفهوم الفصام إلى أسباب عدة نذكر منها ، على سبيل المثال لا الحصر ما يلى[1] :

١ - أن الاضطراب الأساسى فى الفصام مازال موضع خلاف عام ، فبعض الباحثين يعتقد أنه لابد وأن يشمل اضطرابًا جوهرياً فى التفكير ، والبعض الآخر يعتبر أن أساس الفصام هو انفصام عرى وحدة الشخصية ككل .

٢ - أن الأعراض المختلفة للفصام لا يمكن إرجاعها إلى الأساس نفسه الإمراضى (السيكوباثولوجى) الواحد .

٣ - أن أنواع الفصام الكلينيكية تختلف تبعًا للنمط الغالب للأعراض فيها حتى يصل الأمر إلى أن نجد نوعًا يكاد يكون عكس نوع آخر تمامًا (مثل الفصام البسيط فى مقابل البارانوى) .

٤ - أن مسار الفصام لا يتبع نمطًا واحداً ؛ إذ أن كل احتمالات تصنيفات المسار واردة .

٥ - أن مآل الفصام قد يتوقف أو يتراجع فى أى مرحلة من مراحل تطور المرض .

وعليه يعرف الدكتور يحيى الرخاوى الفصام بأنه « اضطراب عقلى يتميز بأعراض تشمل أغلب الوظائف النفسية ، وتؤدى - نموذجياً - إلى تدهور تدريجى للشخصية ككل ، وهو يبدأ عادة فى فترة المراهقة ويظهر فى مجالات الوجدان والتصرف والتفكير (شاملاً الإدراك) كما يصاحبه انسحاب متواصل بعيداً عن البيئة الموضوعية[2] .

وهو يلحق بهذا التعريف عدداً من الاستثناءات مثل : أنه يمكن أن يحدث فى أى سن ، أو أن توجد وظائف عقلية - مع وجود المرض - كاملة الكفاءة ، أو أنه ليس كل الحالات تتدهور .

---

(١) يحيى الرخاوى (١٩٧٩) الفصام : إعادة قراءة فى مصطلح قديم . الإنسان والتطور . س١٩ ، ع٦٢ (يوليو - أغسطس - سبتمبر ١٩٩٨) . ص ١٠٤ .

(٢) المرجع نفسه ، ص١٠٧ .

٢-١-٣ - الجذور التاريخية :

على الرغم من وصف جون كونوللى John Conolle (١٧٩٤-١٨٦٦) لصورة مرض شبيه بالفصام على النحو التالى « . . . يصبح الشخص خاملاً ، ويمضى يؤدى عمله وعلاقاته الاجتماعية بشكل ميكانيكى ودون اهتمام ، كما تصير كل عواطفه ومشاعره غير نشطة ، رمادية ، ميتة ، حتى يصير هؤلاء المرضى متبلدين تمامًا »(١) ، إلا أن الجذور التاريخية الحقيقية الأولى لمرض الفصام يمكن أن نرجعها إلى عام ١٨٦٠(٢) حيث عرضت على أحد الأطباء البلجيكيين ويدعى بنيديكت موريل B. Morel حالة طالب فى الرابعة عشرة من عمره ، كان شديد التفوق فى دراسته إلا أنه أخذ يهمل دروسه ونظافته وكل النشاطات الأخرى وينسى ما تعلم ، وينطوى على نفسه ، وتسيطر عليه فكرة القتل ، مع الإكثار من تهديد أبويه ، واعتقد موريل أن ما بالطالب ليس سوى تدهور مصحوب بتدهور خلقى ، وارتأى أن وراء المرض أسبابًا وراثية ، ومن ثم ذهب إلى القول باستحالة الشفاء منه ، وأطلق عليه اسم العته الباكر أو الخبل (الخرف) المبكر Dementia Praecox لأنه مرض ينتهى بصاحبه إلى العته ، ولأنه يأتيه فى سن باكرة هى سن المراهقة .

وقد استخدم المتخصصون هذا المصطلح على مضض لقناعتهم بعدم مناسبته للإشارة إليه ، إذ ليس السن الباكرة أو الاتجاه بمرور الوقت صوب العته هما أبرز ما فى هذا المرض ، ومع ذلك فقد سار على دربه من بعده العالم « كالبوم Kahlbaum » ، وإن يحسب له بعض الجهود الريادية لعل من أهمها ملاحظته لمجموعة أخرى من الأعراض المرتبطة بهذا المرض ووصفها بشكل أكثر تحديداً وهى تلك الحالة التى يكون فيها المريض ساكنًا بلا حراك أو صامتًا صمتًا تامًا وعيناه مثبتتان على نقطة محددة ، وأطلق على مجموعة الأعراض هذه مصطلح « الكتاتونيا أو جنون التوتر Catatonia or Tension

(١) المرجع نفسه ، ص١٠٢ .

(2) Abdel Monem Alhefnee (1995) Encyclopedia of Psychiatry. 2nded. Cairo: Madbouli Bookshop, 1995. pp. 1101,1103.

Insanity » وذلك عام ١٨٧٤ ، كذلك أورد نسبًا مختلفة حول احتمالات الإصابة بالمرض بين أفراد المجتمع ونسبته بين التوائم المتماثلة ، كما يحسب له استحداثه لمصطلح « فصام المراهقة أو الفصام الهيبفرينى Hebepherenia » ووصفه للأعراض التى كانت فيما بعد الأساس الذى بنى عليه التصنيف المتعارف عليه الآن لأنواع الفصام(١) .

وفى عام ١٨٩٦ قدم العالم « إميل كريبلين Emil Kraeplin » ، الذى يعتبر المؤسس الحقيقى لعلم النفس الوصفى المعاصر ، دراسة مستفيضة ومبتكرة صنف فيها الأعراض المختلفة التى كانت معروفة آنذاك عن مرض الفصام ، ويعود إليه الفضل فى التصنيفات الأربعة الرئيسة المعروفة : الفصام البسيط ، فصام المراهقة ، الفصام الكتاتونى ، الفصام البارانوى مع إبرازه للأعراض المشتركة بين هذه الأنواع الأربعة ، والتى من أهمها عدم التوافق بين المريض والبيئة ، والتناقض بين المستويين الوجدانى والسلوكى(٢) .

ثم يأتى دور العالم « إيوجين بلويلر Eugene Bleuler » الذى عمل أستاذًا للطب بجامعة زيورخ ونقد ما ذهب إليه « كريبلين » من أن الفصام مرض يرتبط ظهوره بسن معينة ويأخذ تطوراً ثابتًا فى كل الحالات ، حيث أكد أن هذا المرض يمكن أن يظهر فى أية سن سواء فى مرحلة المراهقة أو فى فترة لاحقة أو متأخرة ، كما ألمح إلى أن الأعراض المختلفة قد تنشأ لدى المريض وتتوقف عند مرحلة معينة ، أو قد تتطور إلى أشكال أخرى من الأعراض ، بل إن التدهور لا يوجد له حدود معلومة لدى كل مريض .

ويكفى بلويلر أنه هو الذى قاد الثورة على مصطلح العته الباكر أو الخبل المبكر Dementia Preacox غير الدال على طبيعة مرض الفصام وغير الملائم حتى لوصف الأعراض المختلفة المرتبطة به ، وصكه عام ١٩١٢ لمصطلح آخر أكثر ملاءمة لطبيعة وأعراض هذا المرض ألا وهو الفصام العقلى أو السكيزوفرينيا Schizophrenia وهو المصطلح الذى مايزال مستخدمًا حتى الآن للإشارة إلى هذا المرض ، ويرر بلويلر تبنيه

(١) صفوت أرنست فرج (١٩٧١) القدرات الإبداعية والمرض العقلى : دراسة للأداء الإبداعى لدى الفصاميين . أطروحة ماجستير ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٧١ . ص٥٣ .

(٢) المرجع نفسه ، ص ص ز ، ح .

لهذا المصطلح إلى أنه يعد ألصق بأعراض المرض ؛ حيث أن أبرز مظاهره أن المريض به تتداعى أو تنفصم عنده عملياته الذهنية وتنفرط تبعًا لذلك شخصيته ، ومن ثم فالمرض هو فصام عقلى أو فصام فى الشخصية أو هو فصام فقط يشمل نواحى الشخصية والعمليات الفكرية معًا ، وقد بنى بلويلر نظريته حول الفصام على فكرة أساسية مفادها أن أسس تنظيم وتوجيه التفكير العادى تفقد فى حالة المريض بالفصام بعضًا وربما كل تأثيرها بحيث نجد أن الأفكار لدى الفصامى لا تبدو متماسكة أو مرتبة ، وذلك نتيجة لفقدان الترابط بينها . وهكذا يلحظ تركيز بلويلر الشديد فى نظريته هذه على اضطراب التفكير والتفاوت بين الاستجابات والمنبهات ، ومن ثم فهى تفسر أحد أهم المظاهر شديدة الوضوح لدى الفصاميين وهى عدم ترابط الأفكار وانفراط عقدها مع غياب الدليل أو المرشد الذى يسهم فى إبراز الفكرة المناسبة للمنبه أو الموقف الذى يتم التعرض له[١] .

ومنذ ذلك التاريخ ١٩١٢ تواضع العاملون فى الأوساط الطبية والنفسية على استخدام مصطلح الفصام أو الشيزوفرينيا Schizophrenia وذاع استخدامه فيما بينهم[٢]، كما ذاع تقسيم بلويلر لأعراض الفصام إلى أعراض أساسية أربعة اشتهرت بـ Bleuler's Four A's لأنها تبدأ جميعها فى اللغة الإنجليزية بحرف A وهى :

---

(١) المرجع نفسه ، ص ص ٥٤ ، ٥٥ .

(٢) تعالت فى الآونة الأخيرة بعض الأصوات يقودها جاك كروسويل Jack Crosswell أحد أكبر مؤيدى Advocates تجمع مرضى العقل الأمريكيين American Mental Illness- AMI بولاية ألباما الأمريكية للمناداة بضرورة التخلى عن هذا المصطلح Schizophrenia والبحث عن مصطلح آخر أكثر ملاءمة منه ، حيث تطورت صورة وطبيعة المرض وأصبح من الضرورى النظر إليه من منظور جديد وإعطاؤه اسمًا جديدًا ينأى به عن اللبس والخلط الذى بدأ يعانى منه اسمه الحالى ، وعلى حد تعبير جاك فلابد من أن إعادة تعريف وتسمية هذا الاضطراب (يعنى الفصام) باستخدام أسلوب Tabula rasa أو العقل قبل تلقيه أى انطباعات خارجية ، ويدعو جاك كل من يريد مناقشة منحاه هذه سواء من المؤيدين أو المعارضين لمراسلته على عنوان بريده الإلكترونى التالى : Jcrosswel @ aol.com .

١ - التناقض الوجدانى Affective Inappropriateness :

ويعنى تضارب انفعالات المريض مع بعضها ومع سلوكه أو حديثه ولا تتعلق بموقفه ولا تقتضيها ظروفه .

٢ - التفكير الذاتى Autistic Thinking :

ويعنى أن تكون أفكار الشخص مصدرها ومناطها ذاته وليس الواقع الموضوعى وهى أفكار تخصه هو ولا يفهمها غيره ومن تحصيل الحاصل تسميتها بالأفكار .

٣ - التفكك الارتباطى Associative Looseness :

ويعنى ألا يكون بين أفكار الشخص وكلامه وحركاته ما يربطها إلى بعضها أو يوجهها إلى هدف ، فهو يلقى بكلامه أو يتحرك أو تتوالى كلماته وكأن ما يصدر عنه يصدر عفوياً .

٤ - تكافؤ الأضداد Ambivalence :

ويعنى أن تكون أفكار الشخص وانفعالاته متضاربة ومتساوية فى تعارضها حتى أنها لتلغى بعضها بعضًا ويترتب على صراعاتها المتعادلة أن تقصر همته ويتبلد وجدانه وتجمد حركته ويبطل فعله .

وعلى صعيد تطور الاهتمام بمرض الفصام من الصعب إغفال ما قام به أدولف ماير Adolf Mayer[1] من جهد ، وهو الذى لم ينظر إلى الفصام باعتباره مرضًا ، وإنما اعتبره نمطًا من الإرجاع أو التفاعل Reaction ينمو فى الشخصية نتيجة لمجابهة عدد من الصعوبات ، وهذا الإرجاع أو التفاعل المرضى يؤدى إلى نمو عادات متدهورة هى مظاهر المرض التى تتخذ أشكالاً متعددة من عدم التناسق بين السلوك والانفعال ، وتدهور القدرات اللفظية ، واستخدام اللغة ، وهذا هو ما دفعه إلى اقتراح استخدام مصطلح اضطراب السلوك أو باراجرسيا Paragrasia كبديل لمصطلح Dementia Praecox الذى كان سائدًا من قبل .

(١) صفوت أرنست فرج (١٩٧١) القدرات الإبداعية والمرض العقلى : مرجع سابق . ص٥٧ .

للقراءة لمرضى الفصام على وجه الخصوص ، ولهذا كتب الفصل الثانى من الكتاب عن مرض الفصام ، مع بيان أسبابه وأنواعه ومساره ومآله والعلاجات المختلفة له .

ولم يتوقف الباحث عند القراءات سواء فى مجال المكتبات والمعلومات أو فى مجال الطب النفسى وعلم النفس وإنما خاض - وهذا هو الأهم - تجربة صعبة تتمثل فى معايشة المرضى فى إحدى مستشفيات الصحة النفسية ، وكان ذلك من أجل اختيار عينة البحث من مرضى الفصام لتصميم برنامج علاجى مناسب لهم وإجراء التجربة والطبيق العملى . وقد تضمّن الفصل الثالث من الكتاب وقائع المعايشة الفعلية حيث تناول الكاتب إجراءات الحصول على العينة وبرنامج العلاج بالقراءة المقترح من حيث المحتوى والتطبيق . وقدم الكاتب فى الفصل الرابع النتائج التى أسفر عنها التطبيق العملى ومرئياته من واقع المعايشة . وقد أنهى الكتاب بخاتمة تضم النتائج المستخلصة والتوصيات المقترحة بدأها بتأكيد ضرورة بل حتمية تكامل العلاجات المختلفة - وليس العلاج بالقراءة منفردًا - لضمان فعالية التأثير .

ولعل ما يضيف قيمة كبيرة إلى هذا الكتاب المقدمة العلمية الرائعة ، التى كتبها الطبيب النفسى ذائع الصيت الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوى عن العلاج بالقراءة ، تناول فيها الصحة النفسية وضبط الإيقاع ، وموقع القراءة لتحقيق التوازن ، وتوظيف العلاج بالقراءة ضمن خطة علاجية متكاملة لعلاج الحالات الفصامية .

إن هذا الكتاب الجديد على المكتبة العربية فى مجاله هو إضافة طيبة لباحث متميز . وهو كتاب جدير بالقراءة من جانب المتخصصين فى مجال المكتبات والمعلومات ، وأيضًا من جانب المتخصصين فى الطب النفسى وعلم النفس .

هيئة الإشراف العلمى

تكوين النفس البشرية ؛ خاصة أثناء نموها وأثناء اضطرابها وتفكك مكوناتها . . وأخيراً أثناء علاجها بما يشمل تباعد أركانها وإعادة تنظيمها معًا » .

وهناك منحيان لطرق الدراسة فى هذا العلم أو منظوران يدرس من خلالهما هما :

(أ) **البعد الطولى** Longitudinal Dimension :

ويُتّبع فى استقصاء مصادره طريقتان : الأولى : الطريقة التتبعية التى تتبع مسيرة التطور والنمو ابتداء من ولادة الطفل - وقبل ذلك - حتى نضجه فشيخوخته وموته ، وكذلك تتبع مظاهر المرض منذ بدايتها مع محاولة سبر أغوارها من أول ظهور المرض - أو حتى قبل ذلك - وحتى غاية التدهور . . أو احتمال التوقف أو التراجع . أما الطريقة الثانية فهى الدراسة الطولية المستعادة التى تعتمد على ما يحكيه الشخص السليم عما سبق أن مر به من أطوار ، أو ما يحكيه الشخص المريض عما يتذكره من خطوات تدهور الحال واضطراب النظام أثناء مسيرة المرض .

(ب) **البعد المستعرض** Cross- Sectional Dimension :

ويعتمد هذا البعد على دراسة مكونات الشخصية (أو أجزائها . . أو كياناتها) فى اللحظة الراهنة ، وعلى دراسة علاقتها ببعضها البعض ، وطبيعة تركيبها واحتمالات مقارنات كل ذلك بالنمط السوى كما نفترضه ، أو كما نلاحظه أو كما نستنتجه سواء بالنسبة لمسار تكوينه أم لمآل ترتيبه ، وغالبًا ما تعتمد هذه الدراسة بعض المصادر والأدوات مثل :

(أ) ملاحظة ظاهرة السلوك مباشرة ، والاستعانة بوسائل تتيح التقييم الكمى وربما التقنين المقارن .

(ب) ملاحظة الذات (الاستبصار) التأمل الباطنى والوصف اللفظى لما يجرى ، وأحيانًا استبارات (استبيانات) كمية لوصف الشخص لنفسه .

وتحت مظلة هذا العلم سيكتفى هنا بإبراز مفهوم الفصام من أربعة منطلقات أساسية : سلوكية Behavioral[1] ، تركيبية Structural[2]، غائية Teleological[3]، دينامية Dynamic[4].

(أ) الفصام من الناحية السلوكية Behavioral عبارة عن مجموعة من الأعراض غير المتجانسة وغير المحددة تمامًا فى كافة مجالات السلوك ، بما يشمل اضطراب شكل التفكر ، والتبلد العاطفى ، والانسحاب وفقدان الإرادة ، بالإضافة إلى متناثرات الدفاعات المختلفة .

(ب) الفصام من الناحية التركيبية Structural يعنى أن تكون الشخصية متباعدة كياناتها (أجزاؤها) بدرجة تعمق الاغتراب ، بل نجده يقلل من حدة الصراعات بين هذه الكيانات لدرجة قد تفكك فى النهاية مكوناتها ، وهذا التباعد - مع تجميد الصراع وتزايد التفسخ (الداخلى) - يتزايد تدريجياً عادة مع تأثير مباشر وغير مباشر على نوعية السلوك ونوعية الوجود معًا ، حيث يظهر أثر هذا التركيب - المتباعد المجمد المتفسخ فى تزايد - صريحًا فى السلوك الظاهرى للفرد .

(١) «السلوكية Behaviorism » : أسلوب أساسى فى تفسير السلوك، يرى أن الهدف الأساسى لعلم النفس هو دراسة السلوك الظاهر للكائن الحى ، باعتباره متغيراً قابلاً للملاحظة أو التجريب .
المصدر :
- فرج عبد القادر طه (وآخ) (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى . القاهرة : دار سعاد الصباح . ص٣٩٠ .

(٢) « تركيبى Structural » هو وصف الصيغ التركيبية للنشاط العقلى فى علاقته بتفاعل التركيبات أو الحالات أو الكيانات النفسية ، والمفاهيم التركيبية لا غنى عنها فى النظريات النفسية ما دام الماضى موصولاً بالحاضر .
المصدر :
- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. 847.

(٣) « الغائية Teleology » : مذهب فى علم النفس يقول بأن كل شىء فى الطبيعة يسير نحو غايته ، أو أن كل شىء وكل تفكير متصور به غاية معينة .
المصدر :
- Ibid. p. 877.

(٤) « الديناميـة Dynamic » : نسبة إلى علم النفس الدينامى الذى يدرس بواعث السلوك والمحركات، والذى تمثله مدارس التحليل النفسى التى تؤكد على العلاقات السببية .
المصدر :
- Ibid. p. 345.

(جـ) بينما نجده من منظور غائى Teleological ، أى الهدف المرجو تحقيقه من ورائه ، الوصول إلى « الموت النفسى » من جراء تناثر وتفسخ مكونات الذات أو شخصية الفرد ، فالفصامى نكوصه وتفسخه يتسنى له الحفاظ على حياته الجسمية بالتراجع إلى مستوى بدائى هربًا من جرعة غير مناسبة - يرى أنه قد لا يتحملها - من التعامل البشرى القائم ، وفى إطار هذا الهدف الرئيسى هناك عدد من الأهداف الجزئية أو المرحلية التى تخدم تحقيق هذا الهدف الكبير المحورى مثل : توقف التعلم (بحيث تصبح الحياة مكررة فيتحقق الجمود المطلوب) ، توقف الزمن (بحيث تغلق دائرة الأحداث المتتابعة) ، إلغاء الآخر (بحيث يزول التهديد الخارجى) .

(د) أما من الناحية الدينامية Dynamic المرتبطة بشكل مباشر أو غير مباشر بالتحليل النفسى ، فنجد أن العلامة الأساسية فى الفصام هو السعى الحثيث إلى محاولة إلغاء العالم إلغاءً كاملاً ، وكذا محاولة إلغاء العلاقة بالآخر تمامًا فلا يعدو الآخرون بالنسبة للمريض سوى ما يصنعونه له ، أى يصبحون شخوصًا ذاتية Self- Objects ، وفى هذا الصدد نجد رواد مدرسة العلاقة بالموضوع Object- Relation[1] - إحدى المدارس النفسية - يرون أن الفصام يشير عندهم إلى أن « الأنا الناكص Regressed Ego»[2] قد نجح فى الاتجاه بالوجود إلى الوراء على حساب أى نشاط واقعى ناضج ،

(١) « هى إحدى المدارس النفسية التى تبحث فى علاقة واتجاهات الفرد وسلوكه إزاء الموضوعات سواء كانت أشخاصًا أو أشياء ، من حيث نوع العلاقة وطبيعتها وكيفية بنائها ، وصفات هذه العلاقات من حيث الحيل الدفاعية المستخدمة ، والميكانيزمات الداخلة فيها ، والمسافة بين الفرد والآخر ودينامياتها والعلاقة المتبادلة بينهما » .

المصدر :

- فرج عبد القادر طه (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى . مرجع سابق . ص٥١٢ .

(٢) « النكوص Regression » : هو حيلة لاشعورية من حيل التوافق يقصد بها عودة الشخصية إلى أنماط من الدوافع أو من السلوك أو من من كيفيات الإشباع النفسى لرغباتها لم تعد تتفق مع مرحلة النمو الجسمى والعمرى التى وصلت إليها الشخصية ، ومن ثم يؤدى النكوص بالشخصية لأن يصبح سلوكها غريبًا .

المصدر :

- المرجع نفسه . ص٨١٣.

وعادة ما يصاحب هذا النجاح إلغاء الآخر تمامًا ، بينما يرى رواد مدرسة التحليل التفاعلاتى Transactional Analysis[1] – مدرسة أخرى من المدارس النفسية – أن الفصام يعنى أن « الأنا الطفلية » هى الطاغية لكنها مشوشة بشكل ما أو بدرجة ما مع وجود الكيانات أو الحالات الأخرى للذات « الأنا الفتية » ، و « الأنا الوالدية » متناثرة ومتفرقة فى الشعور .

٢-٣ - حجم وخطورة مرض الفصام ومدى انتشاره :

تذكر بعض الدراسات[٢][٣][٤][٥] إحصائيات مهمة ، بالتدقيق فيها نتبين مدى أهمية وخطورة مرض الفصام ، أن المرضى به يمثلون ١٪ من سكان العالم ، فهو يصيب حوالى ٤ , ٣٪ من كل ألف شخص ، وكل عام هناك مائة ألف شخص يصاب لأول مرة بهذا

(١) « هى إحدى المدارس النفسية أو بالأحرى أسلوب للعلاج ابتدعه إيرك بيرن ، قوامه أن تصبح العلاقة بين المعالج والمريض علاقة تفاعل ، تنطوى على تبادل التأثير والتأثر ، والمبادأة والمناقشة والحوار والسعى نحو هدف مشترك ، وعادة ما يتدخل المعالج لتكييف هذا التفاعل ، فيحدد الأدوار ، ويشخص طبيعة العلاقة التفاعلية فى ضوء خصائص المتفاعلين ، ومن ثم يستطيع أن يوجه عملية التفاعل وأن ينظم المعارف التى يستقيها من مواقف التفاعل ، وهو أسلوب إرشادى وعلاجى لا يركز على خبرات الماضى ، أو المنتظرة فى المستقبل ، بل يضع أهمية كبرى للحاضر ويعول كثيراً على خبرات وقدرات المعالج وكفايته المهنية فى فهم وتوجيه عملية التفاعل بنجاح» .
المصدر :
- المرجع نفسه . ص٥٠٥ .

(2) Torrey, E. Fuller (1995) Experts from «Surviving Schizophrenia» . http://www.mentalhealth.com/book/ p. 40- sc03.html (Cited 23/4/2001).

(٣) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ص ٢٠٩ ، ٢٥٠ .

(4) Chovil, Ian (2000) The Experience of Schizophrenia. http://www.chovil.com/first.html (Cited 20/11/2000).

(5) Nidus Information Service (2000) Schizophrenia: Your Complete Well- Connected Guide.http://www.schizophrenia.mentalhelp.net/schizophrenia/schizotoc.html (Cited 8/5/2001) .

المرض ، ونحو ستمائة ألف شخص مايزالون يخضعون للعلاج الفعلى حيث يمثل مرضى الفصام نسبة ٦٠ - ٧٠٪ من نزلاء مستشفيات الصحة النفسية ، وحوالى ٢٥٪ من المرضى يشفون بعد النوبة الأولى ولا يعاودهم المرض مرة أخرى طوال حياتهم ، وأن ٥٠٪ معرضين لبعض النكسات (٣٠٪ - ٤٠٪ من المرضى ينتكسون فى غضون عام من خروجهم من المستشفى) ، وأن ٢٥٪ لا يستجيبون للعلاج ويعيشون بأعراض متبقية ، وعلى الرغم من أن الفصام كمرض لا ينتهى بالمريض إلى الوفاة ، فإن محاولات الانتحار بين الفصاميين تتراوح ما بين ١٣ - ٢٢٪ من الحالات ، أما محاولات الانتحار التى تمت بالفعل فتراوحت نسبتها ما بين ٥٪ - ١٠٪ الغالبية منها تكون مع البدايات الأولى للمرض والحالات الحادة منه ، كما وجد أن نسبة ٥٠٪ من مرضى الفصام لا يلتفتون هم أو المحيطون بهم إلى الإصابة به رغم تفاقم الأعراض وظهورها بشكل سافر ، وحتى الذين تأكدوا من ابتلائهم بالمرض ترفض نسبة ٩ - ١٧٪ منهم (قد تتضاعف هذه النسبة من مجتمع لآخر) الخضوع للعلاج[1] ، ومن يتقبلون - بعد مناوأة ورفض شديدين - العلاج نجد الغالبية العظمى منهم يتوقفون ولو مرة واحدة على الأقل عن تناول العقاقير والأدوية الموصوفة لهم ، ونسبة ٧٠٪ من هؤلاء يعودون مرة أخرى إلى المصحات النفسية فى غضون عام ، وجميعهم بلا استثناء يعودون قبل انقضاء ثلاثة أعوام من تاريخ التوقف .

كل هذه النسب المشار إليها سابقًا ، حتى الضئيل منها ، لا ينبغى الاستهانة بها خاصة إذا وضعنا فى الاعتبار أن هذا المرض يصيب الفرد فى سن الشباب والنضوج ، أى فترة العمل والدراسة والازدهار الفكرى مما يجعل الفصام لا يبدو مجرد ظاهرة مرضية

---

(١) ينصح عادة بضرورة استمرار مريض الفصام فى تناول الدواء بعد زوال الأعراض لمدة لا تقل عن ستة أشهر ، بجرعات متناقصة يحددها الطبيب المعالج ، وذلك لضمان اكتمال الشفاء وعدم التعرض لانتكاسة .

المصدر :

- أريتى ، سيلفانو (١٩٩١) الفصامى : كيف نفهمه ونساعده : دليل الأسرة والأصدقاء / ترجمة عاطف أحمد . الكويت : المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب . ص١٣٤ .

فحسب ، بل إن ظاهرة مؤثرة على شتى جوانب الشخص الحياتية : الاقتصادية والاجتماعية . . . إلخ . فضلاً عن تفكك الأسرة والانقطاع عن العمل والدراسة .

كما لا تبتلى بهذا المرض مجتمعات دون أخرى ، بل إننا نجده بالنسبة نفسها تقريبًا فى كل المجتمعات المتحضرة والنامية ، ومع ذلك فمما لاشك فيه أن احتمالات تفاقمه فى مجتمع دون آخر يعتمد على نسبة المخصصات المالية التى ترصد لمجابهته والتى لا تقدر عليها سوى الدول الغنية ، مثال ذلك الولايات المتحدة الأمريكية التى تتكلف سنوياً ما بين ١٠ - ٢٠ بليون دولار نظير الأنشطة والعلاجات والتدابير المختلفة المرتبطة بالفصام هناك ، حيث تتكلف وزارة الصحة الأمريكية نظير ما يتناوله مريض فصام واحد فقط من الأدوية والعقاقير ما بين ٣٠٠ - ٤٠٠ دولار شهرياً (وفقًا لإحصائيات عام ١٩٩٩ يوجد بالولايات المتحدة الأمريكية فقط نحو ٢,٧ مليون مريض بالفصام) ، وعلى الجانب الآخر من المحيط نجد المملكة المتحدة تكلفت خلال خمس سنوات فقط (١٩٩٤-١٩٩٩) ما يقرب من ٨٦٢ مليون دولار لرعاية وعلاج مرضى الفصام بها وهو ما يمثل نسبة ٣٨٪ من إجمالى الموازنة المخصصة للخدمات الصحية ككل[1] .

وعادة ما يرتفع معدل انتشاره فى الأماكن المكتظة بالسكان حيث الفقر والجريمة ، مقارنة بالضواحى حيث يوجد الشعور بالألفة والترابط الاجتماعى ، والنسبة الأكبر من الحالات نجدها ممن ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية الأدنى غالبًا ، وفى الأعم الأغلب نجد حالات الفصام تظهر فى المرحلة العمرية ما بين ١٥ - ٤٠ سنة ، حيث أن ثلاثة أرباع المصابين يقعون فى المدى العمرى من ١٥ - ٢٦ سنة ، ويقل عدد المصابين به ممن تخطوا العقد الثالث من العمر ، وندرة من يصابون به وهم فى الحلقة الرابعة من عمرهم .

كما نجده ينتشر بين الرجال والنساء على حد سواء ، وإن كانت نسبته تزيد بين الرجال عنه فى النساء فى الفترة العمرية ما بين ١٦-٢٠ سنة ، وبين النساء عنه فى الرجال فى الفترة العمرية ما بين ٢٥ - ٣٠ سنة ، ويكون الفصام أكثر انتشاراً بين العزاب مقارنة بالمتزوجين ، ويزدهر فى فصل الربيع وأوائل الصيف مثله مثل غيره من الأمراض

(1) Cookson, R. F. (2000) Cost of Schizophrenia in UK. http://www.futur.com/webtrack/ default.asp? yearissue.html (Cited 18/11/2001).

الذهانية الحادة التى تنتشر فى هذه الفترات من السنة ، ربما نتيجة حدوث بعض التغيرات الفسيولوجية والبيولوجية التى تأتى مصاحبة للتغيرات المناخية فى هذه الفصول ما يجعل الفرد المهيأ للمرض عرضة للانتكاسة ، كذلك يشير الدكتور أحمد عكاشة إلى انتشار الفصام أكثر بين مواليد فصل الشتاء ، كما يصيب أصغر أبناء العائلات متعددة الأفراد[1] .

أما فى مصر وحسبما ذكر[2] نقلاً عن تقديرات منظمة الصحة العالمية WHO فإن نسبة انتشار مرض الفصام فى مصر مقارنة بالأمراض النفسية الأخرى هى حوالى ١٪ وهى نسبة ليست بالقليلة خاصة إذا علمنا ارتفاع معدل انتشاره مقارنة بالأمراض الذهانية الأخرى مع وجود نسبة كبيرة من التداخل والتشابه بين أعراضه وأعراض بعض الأمراض العضوية مثل : (ورم الفص الجبهى والصدغى ، زهرى الجهاز العصبى ، الحمى المخية ، الصرع النفس حركى)[3] ، والأمراض الذهانية واضطرابات الشخصية ، فضلاً عن الغموض الذى يكتنف الأساس الذى تظهر به الأعراض من حيث كونه ذا أساس وظيفى Functional أى أن الاضطراب يلحق فقط بالوظيفة ولا يصيب الأجهزة العضوية كالجهاز العصبى ، أم أنه ذو أساس عضوى Organic ، كذلك التنوع الذى تظهر به هذه الأعراض وتشابكها فى نوبات مختلفة مايزال يستعصى تصنيفها فى فئات أو على أبعاد كمية وهو الأمر الذى أفرز لنا نمطًا من الفصام يعرف بـ « الفصام غير المميز Undifferentiated Schizophrenia » ، يضاف إلى ذلك أيضًا ذلك الغموض

---

(١) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ص ٢٥٠ ، ٢٥١ .

(٢) وذلك وفق تقديرات عام ١٩٩٦ حيث كان يبلغ تعداد سكان مصر آنذاك ٦١ مليون نسمة تقريبًا ، حيث وصل هذا العدد مع مطلع العام الحالى ٢٠٠١ إلى ٦٥ مليونًا و ٢٠٥ ألف نسمة ، يمثل الذكور نسبة ٥١,١٪ من هذا التعداد بينما تمثل الإناث نسبة ٤٩,٩٪ .

المصدر :

- أخبار اليوم : س ٥٧ ، ع٢٩٤٩ ، ص ١٢ ، الأعمدة ٤-٦ ، (السبت ١٨/ ٥/ ٢٠٠١) .

(٣) سهير فهيم عبد المجيد الغباشى (١٩٨٠) التمييز بين مرضى الفصام المزمن والفئات الإكلينيكية الأخرى فى الأداء على اختبارات الحساسية للمشكلات ذات الطابع الأدائى الشكل ، أطروحة دكتوراه ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٨٠ . ص٤٨ .

الذى يحيط بديناميات المرض والتى شملت : العوامل الوراثية ، سمات الشخصية ، العوامل الأسرية والاجتماعية ، العوامل الغدية والهرمونات واضطراب الجهاز العصبى[1] .

٢-٤ - أسباب الفصام :

بادئ ذى بدء ، نلاحظ أنه فى الوقت الذى تتشابه فيه كل من العلامات أو الأسباب والأعراض المرتبطة بالأمراض الجسمية ، نجد الوضع يختلف بعض الشىء فى حالة الأمراض النفسية ومن بينها الفصام ، حيث قد تختلف الأغراض على الرغم من تشابه الأسباب ، ولعل مرد ذلك إنما يرجع إلى تأثير وتداخل العوامل الشخصية والصراعات النفسية المختلفة التى يمر بها المريض قبل ظهور المرض ، وقد نشر عديد من البحوث والدراسات التى تسعى حثيثًا للكشف عن الأسباب التى تقف وراء الإصابة بمرض الفصام ، واتفقت معظمها على أن ليس ثمة سبب وحيد متفرد يمكن إرجاع الإصابة بالفصام إليه وحده ، بل الحقيقة أن هذا المرض هو نتاج تفاعل بين عوامل وراثية ، وأسرية ، واجتماعية ، وغدية ، وكيميائية ، وفيما يلى توضيح موجز لهذه العوامل :

٢-٤-١ - العوامل الوراثية :

تعتبر الوراثة أحد أهم العوامل التى تسبب الإصابة بالفصام ، وقد أوضحت الدراسات أن[2] مرض الفصام بذاته والأعراض المرتبطة به لا يورث ، وإنما الذى يورث هو تهيئة الشخص واستعداده للإصابة بالمرض ؛ خاصة إذا اجتمع لديه بالإضافة إلى الجانب الوراثى الجانب البيولوجى والبيئى ، ومايزال اللغط دائراً بين العلماء حول نمط الاستعداد الوراثى للفصام ، فالبعض يرى أن الاستعداد للفصام ينتقل من خلال موروثات سائدة أو مسيطرة Dominant ، وهو ما يعنى ضرورة إصابة الأب أو الأم بالمرض ، ثم ظهوره فى الأبناء بنسبة ٥٠٪ وقد ثبت مؤخراً خطأ هذا الفرض ، والبعض

---

(١) المرجع نفسه ، ص ٤٩ .

(٢) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ص ٢٥٢ ، ٢٥٣ .

الآخر يرى أن المسئول عن انتقال المرض هو موروثات استرجاعية Recessive أى أنه غالبًا ما يكون الوالدين والأقارب فى صحة عادية ثم يصاب أبناؤهما بنسبة ٢٥٪ بهذا المرض ، ومؤخراً اتفق كثير من العلماء والباحثين على أن الاستعداد الوراثى لمرض الفصام يتنقل من خلال موروثات متعددة العوامل والتأثير وليس من خلال موروثات سائدة أو استرجاعية فقط ، وهو ما يفتح الباب مع مصراعيه لامتزاج العوامل البيئية بالعوامل الوراثية فى إحداث الإصابة بالمرض .

وفى الآونة الأخيرة أثير موضوع علاقة الفصام بالجين الوراثى أو الكروموزوم رقم (٥) على الشريط الوراثى للحامض النووى DNA وكيف يمكن معالجة هذا الجين من خلال أبحاث وتجارب الهندسة الوراثية الحد قدر الإمكان من احتمالات الإصابة بهذا المرض(١) .

وقد وجد أن نسبة الإصابة بمرض الفصام بين التوائم المتشابهة ، أو المتطابقة الناتجة عن تلقيح حيوان منوى واحد لبويضة واحدة هى ٣٦ - ٥٠٪ مما يعنى أن العوامل الاجتماعية والبيئية تلعب دوراً لا تقل نسبته عن ٦٠٪ فى إحداث المرض ، بينما تنخفض هذه النسبة بين التوائم غير المتشابهة أو المتآخية التى تنتج من تلقيح حيوانين منويين مختلفين وراثيّاً لبويضتين لتصل من ١٠ - ١٥٪(٢) ، كذلك تشير بعض الدراسات الإحصائية(٣) إلى أن ١٠٪ هى نسبة احتمال أن يصاب بالفصام الطفل المصاب أحد والديه بالمرض ، وترتفع هذه النسبة إلى ٣٩٪ إذا كان كلا الوالدين مصابًا بالمرض .

٢-٤-٢ - العوامل الأسرية :

هناك عديد من البحوث والدراسات التى ركزت على العلاقة بين مرض الفصام والجو العائلى ؛ خاصة الأب والأم ، فإذا وجد خلل ما فى أحدهما مقارنة بالآخر كأن

(١) المرجع نفسه .

(٢) المرجع نفسه ، ص ص ٢٥٣ ، ٢٥٤ .

(3) Torrey, E. Fuller (1995) Experts from «Surviving Schizophrenia» . http://www.mentalhealth.com/book/ p. 40- sc03.html (Cited 23/4/2001).

يكون أحدهما منطويًا ضعيفًا سلبياً وغير ناضج ، والآخر سائدًا قويًا فى يده مقاليد شئون البيت عندئذ يعوج المناخ الأسرى وتنشأ الاضطرابات فى العلاقات الأسرية بين الوالدين والطفل مما يؤدى إلى تكوين خاطئ للشخصية فى هؤلاء الأطفال المعرضين لصور مرضية من الآباء والأمهات ، وقد يحدث بدلاً من هذا الاعوجاج انقسام نتيجة برودة وفتور العلاقة بين الأب والأم مما يمكن أن يطلق عليه « الطلاق العاطفى » والذى يؤثر سلبًا على شخصية الطفل الذى ينشأ بينهما ، وقد وجد أن نسبة كبيرة من الفصاميين يرون فى أمهاتهم شخصيات قوية بعكس آبائهم الذين يرونهم ضعيفى الشخصية[1] .

ومن خلال مقارنته لعدد من الدراسات والأبحاث عن عائلات مرضى الفصام يشير الدكتور أحمد عكاشة إلى الآتى[2] :

١ - يلاحظ على كل من الوالدين أو أحدهما بعض مظاهر الذهان .

٢ - تتخذ علاقة الأبوين بالطفل شكل التكافل طويل المدى .

٣ - يعيش الأب والأم فى حالة من الطلاق العاطفى ، مع اعوجاج واضح فى الحياة الزوجية .

٤ - تزيد نسبة الانتكاس لدى الفصاميين الذين يعودون إلى عائلاتهم التى تعانى من شحنات انفعالية كبيرة أو متورطى الانفعالات ، سواء بالرعاية أو الحماية الشديدة[3] أو العكس بالنقد اللاذع أو العدوان الدفين ، مقارنة بنظرائهم من الفصاميين الذين تتسم عائلاتهم بالشحنات الانفعالية السوية .

---

(١) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ٢٥٦ .

(٢) المرجع نفسه . ص ٢٥٧ .

(٣) هناك إحدى الحالات التى تتبعها صاحب هذا العمل عبر عدة ندوات علمية عقدت بالمستشفى موضع التطبيق ، كان لاهتمام الأم الزائد عن الحد ، واعتيادها على مرض ابنتها والتردد بها على العيادات والمستشفيات المختلفة على مدى سبع سنوات حتى صارت تلك المهمة جزء لا يتجزأ من كيانها وحياتها اليومية لدرجة لا تتخيل معها أنها فى يوم من الأيام يمكن أن تتوقف عن أدائها ، كان لذلك الأمر تأثير سلبى خطير أدى إلى تعرض الابنة المريضة للانتكاس أكثر من مرة .

٢-٤-٣ - العوامل الغدية والهرمونات :

من واقع مجموعة من الدراسات الكلينيكية[١] وجد أن ثمة ارتباطًا بين الغدد الصماء أو الهرمونات ومرض الفصام ، فمرضى الفصام الكتاتونى الدورى ، على سبيل المثال ، لوحظ أنه توجد بجسمهم كميات كبيرة من مادة النيتروجين ، وأنهم يتحسنون عند طرد هذه المادة باستخدام هرمون الغدة الدرقية ، كما أشارت دراسة أخرى إلى أن بعضًا من مرضى الفصام يعانون من اضطراب نوعى فى نشاط الغدة الكظرية ، كما وجد أيضًا أن خفض نسبة هرمون الكورتيزون فى جسم المريض الفصامى يساعد إلى حد ما فى شفائه أو على الأقل تعرضه للانتكاس ، ومن الدلائل على وجود ارتباط بين الفصام واضطراب الهرمونات ندرة إصابة الأطفال به فى حين ترتفع نسبة الإصابة به عند سن البلوغ ، وكذا فى سن توقف الطمث وبعد الولادة ، فجميعها فترات تتسم باضطراب واضح فى إفراز الهرمونات .

٢-٤-٤ - العوامل المرتبطة باضطرابات الجهاز العصبى :

أشارت بعض الدراسات[٢] إلى أن هناك من الأمراض العضوية المرتبطة بالجهاز العصبى ما تؤدى إلى أعراض شبيهة بالفصام ، ومن أمثلتها : زهرى الجهاز العصبى ، والحمى المخية ، وأورام الفص الجبهى والصدغى فى المخ ، وهبوط نسبة السكر فى الدم ، مما يدل على أن الاضطراب العصبى يؤدى إلى أعراض فصامية ، وأن الفصام ذاته من الوارد أن يكون سببه اضطرابًا فسيولوجياً فى الجهاز العصبى ، كما أظهرت الأشعة المقطعية على مخ مرضى الفصام أن عدداً كبيراً منهم يتسمون بزيادة حجم بطينات المخ وبعض الضمور فى الخلايا العصبية ، وعليه فبناء على ذلك يميل البعض[٣] إلى فرضية أن

---

(١) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ص ٢٥٩ ، ٢٦٠ .
(٢) المرجع نفسه . ص ص ٢٥٩-٢٦١ .
(٣) أندرسون . نانسى (١٩٨٨) عسر القياس المعرفى كنظرية متكاملة للفصام : اضطراب الدوائر العصبية ما بين القشرة المخية - تحت القشرة المخية - المخيخ / نانسى أندرسون ، سيرجيو باراديسو ، دانيل أوليرى . نشرة الفصام . مج٢٤ ، ع٢ ، ١٩٩٨ . ص ص ٢١٨ - ٢٣٠ . نقلاً عن : أحمد حسين . مقتطفات علمية . الإنسان والتطور . س٢٠ ، ع٦٤ (يناير-فبراير-مارس ١٩٩٩) . ص١٤٩ .

سبب الفصام إنما يرجع إلى اختلال الدوائر العصبية ما بين القشرة المخية للفص الأمامى للمخ والمخيخ والمهاد ، بما أدى إلى حدوث عسر قياس معرفى وصعوبات فى فعلنة (معالجة) المعلومات Information Processing التى تبدأ بالانتقاء (فى مرحلة المدخلات) والاستبعاد ثم الغربلة ثم التقسيم والتصنيف ثم التخزين ثم الانتقاء (فى مرحلة المخرجات) ثم التعبير[1] .

كما أظهرت أشعة الرنين النووى المغناطيسى وجود بعض التغيرات فى نسيج المخ لدى بعض مرضى الفصام ، كذلك لوحظ فى أشعات تصوير المخ لمعرفة الدورة الدموية المخية وكمية استعمال الجلوكوز فى الفصوص المخية أن مرضى الفصام يعانون اضطرابًا فى الفص الجبهى الأيسر ، وفى السطح الأنسى من الفص الصدغى[2] .

٢-٤-٥ - العوامل الكيميائية :

أدت ملاحظة أن بعض عقاقير الهلوسة مثل : ل . س . د . .L.S.D والحشيش تؤدى إلى حدوث اضطرابات فى التفكير والانفعال وهلاوس وهذاءات شبيهة بالفصام إلى التفكير فى احتمال وجود تغيير كيميائى داخل جسم مرضى الفصام شبيه بما تحدثه هذه العقاقير ، وعليه فقد ارتأى البعض[3] أن مرض الفصام هذا قد يحدثه اختلال توازن المواد الكيميائية فى المخ ، فإذا كان اتصال الأعصاب فى المخ ببعضها البعض يتم عن طريق إطلاق مواد كيميائية من نهايتها العصبية فيما يعرف بالموصلات العصبية فإن مرضى الفصام يعانون من خلل (غالبًا ما يكون فى شكل زيادة) فى أحد هذه الموصلات ألا وهو « الدوبامين Dopamine » ، والرسائل التى يحملها الدوبامين المنطلقة من أعصاب معينة فى المخ تنتقل إلى أعصاب أخرى عندما يرتبط الدوبامين بأماكن معينة تسمى «مستقبلات الدوبامين» ، وتعمل معظم الأدوية والعقاقير على إعاقة واعتراض سبيل توصيل

---

(١) يحيى الرخاوى (١٩٧٩) دراسة فى علم السيكوباثولوجى : شرح سر اللعبة . مرجع سابق . ص٤٨ .

(٢) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ص ٢٥٩ - ٢٦١ .

(٣) كيلاج ، جانس (١٩٩٠) العلاج الإكلينيكى للفصام . بيرسى ، بلغاريا : جاردينر كالدويل . ص٣ .

الدوبامين ؛ وذلك بأن ترتبط بمستقبلات الدوبامين فتمنع اكتمال الشكل التركيبى ، وعلى الرغم من نجاح هذه العقاقير إلى حد كبير فى علاج الأعراض الموجبة للفصام ، إلا أنها لم تنجح بالدرجة نفسها فى تقليل الأعراض السالبة ، هذا فضلاً عن حدوث آثار جانبية لها كالتيبس ، الانقباض العضلى اللاإرادى ، ورعشة الأطراف ، وإن أمكن مؤخراً استحداث أنواع جديدة من العقاقير لا تسبب مثل هذه الأعراض الجانبية .

ومن ناحية أخرى فقد ثار لغط حول مرد النقطة القرمزية التى تظهر فى موضع معين على ورق حساس للضوء Paper- Chromatography يوضع عليها بعض من بول المريض الفصامى - وهو ما لا يظهر مع الشخص الطبيعى - هل هذا نتيجة وجود اضطراب كيميائى وتمثيلى فى جسم المريض ، أم نتيجة العقاقير التى تعطى له ، أم لتفاعل الجسم مع أنواع بعينها من الأطعمة ؟! على أية حال فإذا تأكد ارتباط هذه النقطة القرمزية بالإصابة بالفصام ؛ فإن ذلك سيكون بمثابة فتح له وزنه ، حيث سيصبح تشخيص الفصام مماثلاً تماماً لأى مرض عضوى ، ويتسنى عن طريق تحليلات البول والدم الكشف عن المرض فى بداياته وكذا تجنب انتقاله إلى الأقارب ، كذلك يعكف بعض العلماء على دراسة العلاقة بين الإصابة بمرض الفصام ووجود جزئ مجهول فى النخاع الشوكى للمرضى .

أيضاً لوحظ وجود مادة كيميائية خاصة الهكسونيك تُفرز مع عرق مرضى الفصام ، ومؤخراً ظهرت نظرية تنادى بأن سبب الفصام هو مناعة ذاتية داخل الجسم ، وأنه يجرى فى دم الفصاميين أجسام مضادة Antibodies تتفاعل مع مولدات مضادة Antigens فى المخ تسبب اضطراباً فى الجهاز العصبى يؤدى إلى أعراض المرض ، وأن من شأن العقاقير المضادة للذهان تخفيض المناعة الذاتية مما يخفف أعراض المرض(١) .

٢-٥ - أعراض الفصام :

يقصد بالعرض Symptom أى انحراف عن الصحة يحسه المريض ويشكو منه ، والأعراض قد تكون داخلية كالمخاوف غير المعقولة لدى العصابى ، أو خارجية كالإفراز

(١) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ص ٢٦٢ - ٢٦٤ .

المفرط للعرق عند القلق ، كما أنها قد تكون عضوية الأصل أو المنشأ كالتغيرات فى أنسجة الدماغ ، أو استجابة لعوامل خارجية كالعدوى أو التسمم أو الصدمة ، وإما نفسية الأصل أو المنشأ والتى تعرف بالنفسجسدية Psychosmatic[1] .

والفصام من الاضطرابات التى تتنامى ببطء غالبًا وأعراضه الباكرة لا تكون واضحة، وقد تبدو فى صورتها الكلينيكية لأول وهلة أعراضًا عصابية ، فمثلاً قد يكثر المريض من الشكاوى من أوجاع متوهمة ، وعندما تسوء حالته قد يشعر أن أفكاره وحركاته كما لو كانت مشدودة إلى قوة من خارجه تتحكم فيها وتوجهها إلى غير ما يقصد، وقد يقول أنه ما عاد يستطيع أن يعبر عن نفسه ويعجز فعلاً عن أن ينقل إلى المحيطين به ما يريد وقد يشكو أنه لم يعد يهتم أو يشغف بشىء ، فمن أبرز صفات الفصامى أنه قد فقد كل اهتماماته ولم يعد ثمة ما يربطه بمجتمعه سواء من الناحية اللغوية أو التفاعلية[٢] .

ويلاحظ على الشخص المهيئ للإصابة بالفصام الانطواء والخجل والحساسية المفرطة ، مع عزوف عن الاختلاط وصعوبة التعبير عن الانفعالات لفظيّاً والجنوح الدائم إلى الخيال وإطلاق العنان الممزوج بتجنب الواقع ومن ثم نجدهم يقبلون على الأعمال التى من طبيعتها العزلة والسكون إلى حد ما[٣] .

والفصامى يكره التغيير ويحب أن تثبت الأوضاع فى المحيط الذى يعيش فيه على ما هى عليه ، فإذا طرأ عليها ما يجعلها تختلف شكلاً أو موضوعًا فإنه يقاوم التغيير ، أو أن التغيير يحدث فى عقله هو وفى تصوره للأمور ، ومن ثم يشعر بالفجوة بين الواقع وتفكيره وينكر التغيير من تأثير الاضطرابات العقلية فينسبه للواقع ، كما نجده يتعامل مع اللغة كطلاسم سحرية ويحاول تطويع الكلمات لاستخداماته ، فينحرف بها عن نطقها أو كتابتها ؛ لتكون لها مدلولات يقصد إليها ، أو أنه ينحرف بها عن مدلولاتها متزحلقًا

(1) Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. 866.

(2) Abdel Monem Alhefnee (1995) Encyclopedia of Psychiatry . Op. Cit. 1103.

(٣) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ٢٥٤ .

فى العبارات التى يسوقها وكأنه يحاول بالعبارة الجديدة أن يعيد تشكيل العالم ، ومن ثم تأتى كتاباته مشوشة ، تبعثرت فيها الأفكار وتداعت الكلمات بلا تسلسل ويشمل التشوش الخط الذى يكتب به هو نفسه[1] .

وإذا ما ركزنا على الأعراض الخاصة بمرض الفصام فسنجد أنه بالإضافة إلى الأربعة أعراض الرئيسة التى ذكرها بلويلر والتى أشير إليها تفصيلاً فى الجزء الخاص بالجذور التاريخية وهى : التناقض الوجدانى ، والتفكير الذاتى ، والتفكك الارتباطى ، وتكافؤ الأضداد ، هناك بعض الأعراض الإضافية والتى من أهمها : فساد القدرة على اختبار الواقع والتمييز بين ما هو موضوعى يختص بالبيئة وما هو ذاتى مصدره تفكير المريض وانفعالاته ومخاوفه ، والعجز عن التفرقة بين المدرك والهاجس ، وتختلط على المريض الأمور فيحسب وجوده فى المستشفى مثلاً بسبب مؤامرة ، أو قد يرى فيمن حوله جواسيس أو يتوهم أنه يسمع أصواتًا تأمره بشىء أو تعهد إليه بعمل ، وتنأى به هذه الهذاءات أو الضلالات والهلاوس عن الواقع ويزيد بها انسحابه ، وانطواؤه ، ولا يستطيع التعامل بموضوعية مع الناس ، وقد يشعر لذلك أنه قد استحال شخصًا آخر أو شيئًا من الأشياء ، أو أنه على الأقل ليس نفسه أو أن الواقع المحيط به ليس ما يعرفه ، وقد يحسب أنه تلاشى أو فى سبيله إلى التلاشى ، وأنه هو نفسه أو العالم قد مات أو فنى ، فيما يقال له فقدان الشخصية ومشاعر اللا واقع ، وقد يتخذ أوضاعًا شاذة أو يتحرك ويومئ ويضحك ، أو يجلس لا ينطق بكلمة ولا يتحرك وقد تصلب على وضعه ، أو يكرر ما يقوله أو يأتى بالحركات نفسها[2] .

وتأسيسًا على ما سبق نلاحظ أن أعراض الفصام تبدو وكأن وظيفتها أن تحقق للفصامى التوافق مع العالم المعادى له ، ولتحميه من الشعور بالإحباط والعجز والاحتقار لنفسه ، وليس السلوك الفصامى سلوكًا يتوخى به المريض إشباع حاجات معينة بقدر ما هو طريقته الخاصة لتجنب المزيد من الصراعات والإحباطات ، فهو يتبلد انفعاليًا ليقى نفسه عواقب الإحباط ، وينكص ؛ لعل ذلك يساعده على خفض مستوى

(1) Abdel Monem Alhefnee (1995) Encyclopedia of Psychiatry . Op. Cit. 1103.

(2) Ibid. p. 1103.

طموحاته ويجعله يقبل وضع الاعتماد على الغير ، ويلجأ إلى الإسقاط ؛ ليبدو وكأنه إنسان متكامل ، فيلقى لذلك باللوم على غيره ، وينسب إليهم رغباته التى يرفضها لنفسه وأوجه القصور والفشل التى يصادفها فى حياته ، وتأتيه الهواجس الواعدة لعلها تمنحه بعض التعويض عن الشعور بالإحباط ، وهذاءات التأثير لعله يستطيع أن يجلو سيطرة أفكار معينة عليه ، وضلالات الشهرة والأهمية ؛ ليخرج بها من عزلته وإسقاط المجتمع والناس له وإهمالهم لأمره ، ويفسر فشله بهذاءات الاضطهاد ، ويعوض الشعور بالنقص والقصور بهذاءات العظمة ، وترتبط الهلاوس بالهذاءات وتصدر عن تفكيره الراغب وإسقاطه لرغباته ودوافعه غير المقبولة ، ومشاعر الذنب التى لا تحتمل[1] ، وفى هذا الصدد يذهب « سيلفانو أريتى Silvano Arieti » إلى أن الأعراض المختلفة للفصام لا يمكن إرجاعها إلى الأساس الإمراضى نفسه (السيكوباثولوجى) الواحد[٢] .

ومن ناحية أخرى يمكن تقسيم أعراض الفصام إلى فئتين عريضتين[٣][٤][٥] :

(أ) **أعراض موجبة** Positive Symptoms :

ويقصد بها تلك الصفات التى تصدر فعلياً عن مريض الفصام ولا تصدر عن الأفراد الأصحاء ، وتكون ظاهرة ومصرح بها ومن السهولة بمكان ملاحظتها ؛ خاصة وأنها غالبًا ما تستجد وتضاف على كل من خبرة وسلوك الشخص (لذا توصف بأنها موجبة) ، ومن أمثلتها : الهلاوس (سماع أصوات سواء آتية من داخل الشخص أو خارجه أو

---

(1) Ibid. pp. 1114, 1115.

(٢) أريتى ، سيلفانو (١٩٩١) الفصامى : كيف نفهمه ونساعده : دليل للأسرة والأصدقاء . مرجع سابق . ص١٣٤ .

(٣) كيلاج ، جانس (١٩٩٠) العلاج الإكلينيكى للفصام . مرجع سابق . ص٢ .

(4) Long, Philip W. (1997) Internet Mental Health: Schizophrenia: Understanding The Disease. http://www.mentalhealth.com/book/p40-sc05.html (Cited 23/4/2001).

(5) Chovil, Ian (2000) The Experience of Schizophrenia. http://www.chovil.com/first.html (Cited 20/11/2000).

الاثنين معًا ، مشاهدة أشياء غير موجودة ، شم روائح أو الإحساس بطعم أشياء غير موجودة فى الواقع الفعلى) ، الضلالات (إذاعة أفكار ، معتقدات شخصية خاطئة بأن الآخرين يستطيعون قراءة أو سماع الأفكار أو أنه مضطهد أو مثار شكوك ، الاعتقاد بوجود جهة أو شخص أو شىء يتحكم فى السلوك ، الاعتقاد بالتمتع بقدرات ذاتية خارقة للعادة وإمكانات خاصة) ، العدوانية ، الهياج ، السلوك الشاذ والغريب سواء أكان عبارة عن أوضاع غريبة أم حركات غريبة ، اضطراب التفكير (كانعدام التفكير المنطقى ، عدم تناسق الأفكار ، القفز من موضوع لآخر دون مبرر مقبول ومقنع) .

(ب) أعراض سالبة Negative Symptoms :

ويقصد بها تلك الصفات التى تعترى مريض الفصام كما قد تعترى بعض الأفراد الأصحاء ، ومن ثم فقد لا يلتفت إليها إلا مع الملاحظة الدقيقة الواعية ، حيث لا تكون بدرجة وضوح الأعراض الموجبة نفسها ، ورغم أنها تعترى المريض فى وقت مبكر عن الأعراض الموجبة ، إلا أنه لابد من استظهارها والتركيز لملاحظتها ؛ خاصة بعد استجابة الأعراض الموجبة للعقاقير الكيميائية ، حيث يعد ذلك مؤشرًا أساسيًا على المرض وأن ذلك ليس هو الطبيعة المعروف بها الشخص ، وعادة ما تحول هذه الأعراض بين الفرد وقدرته على ممارسة حياته الطبيعية العادية أو حتى الاعتناء بنفسه والاهتمام بهندامه ونظافته الشخصية ، وعلى النقيض من الأعراض الموجبة نجد الأعراض السالبة غالبًا ما تنقص من كل من خبرة وسلوك الشخص (لذا توصف بأنها سالبة) ومن أمثلتها : انعدام تعبيرات الوجه ، الانسحاب العاطفى والاجتماعى ، فتور الشعور واللامبالاة ، قلة الكلام ، عدم القدرة على الكلام أو التفكير التلقائى العفوى ، أو حتى الحركات التلقائية ، قلة الانتباه ، انعدام المبادرة ، فقدان الدافعية ، الزهد فى الاهتمامات والمتع المعتادة على خلاف السابق ، المزاج المسطح الاكتئابى ، التفكير النمطى ، صعوبة فى التفكير التجريدى ، بعض التصرفات الملفتة مثل : الجلوس فى المكان نفسه لفترات طويلة ، وعدم فعل شىء سوى الحملقة فى اتجاه معين دونما سواه .

على أية حال يمكن إجمال أغلب الأعراض التي يعانى منها مريض الفصام والتى تختلف شدتها ونوعيتها من مريض إلى آخر فيما يلى(١)(٢)(٣)(٤) :

١ - اضطراب التفكير :

يعتبر اضطراب التفكير ومعه اضطراب الوجدان والإرادة من أكثر الأعراض تمييزاً لمرضى الفصام ، ومن ثم فالثلاثة يعتبرون من الأعراض الأولية الأساسية لهذا المرض ، في حين أن أعراضًا أخرى كالهلاوس والضلالات تعتبر ثانوية ؛ نظراً لأنها غالبًا ما تكون مصاحبة لمعظم أنواع الذهان الوظيفى والعضوى ، وقد جاء فى المراجعة العاشرة للتصنيف العالمى العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية ICD/10 التى أصدرتها منظمة الصحة العالمية(٥) عام ١٩٩٩ أن : « اضطراب التفكير الفصامى يتمثل فى إبراز الملامح غير المترابطة والهامشية لمفهوم كامل يتم تجاهله عادة فى النشاط الذهنى الموجه ، حيث يبرز (المريض) هذه الملامح فى المقدمة ويستخدمها بدلاً من الملامح الملائمة والمناسبة للموقف ، وبذا يصبح التفكير مبهمًا وغير مركز وغير واضح ، ويصبح التعبير عنه من خلال الكلام أحيانًا غير مفهوم، كذلك تكثر التحريفات والإقحام فى تسلسل الأفكار» .

وبشكل إجمالى يمكن القول بأن اضطراب التفكير لدى الفصامى عادة ما يظهر على النحو التالى :

---

(١) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ص ٢٦٦ - ٢٨٥ .

(2) Long, Philip W. (1997) Internet Mental Health: Schizophrenia: Understanding The Disease. http://www.mentalhealth.com/book/p40-sc05.html (Cited 23/4/2001).

(3) Chovil, Ian (2000) The Experience of Schizophrenia. http://www.chovil.com/first.html (Cited 20/11/2000).

(٤) يحيى الرخاوى (١٩٧٩) دراسة فى علم السيكوباثولوجى : شرح سر اللعبة . مرجع سابق . ص ص ٣٧٣ - ٤٤٣ .

(٥) منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض ICD/10 . مرجع سابق . ص ٩٤ .

شعور المريض بغموض وصعوبة فى التعبير عن أفكاره سواء كان ذلك فى شكل : قلة وعدم ترابط الأفكار ، مما يحول دون الاستمرار فى موضوع واحد لمدة طويلة ، أو صعوبة إيجاد المعنى بسهولة ، مما يضطره إلى اللجوء إلى تكرار الكلمات نفسها أو استخدام كلمات ضخمة لا تناسب الموقف أو السياق أو الدخول فى تفاصيل تافهة بعيدة عن الموضوع المطلوب ، مع مزج الواقع بالخيال وخلط الأحداث اليومية الحقيقية بما يتوهمه من أشياء وأحداث ، وكذا عدم القدرة على تحديد ماهية المشكلة ومن ثم عدم القدرة على التفكير التجريدى ، حيث دائمًا ما يميل إلى التفسير العيانى الملموس ، وهو الأمر الذى يؤثر سلبًا على حياة المريض العملية والدراسية .

كما قد يتخلل حديث الفصامى فى بعض الأحيان توقف غير مبرر ، ثم يبدأ بعده فى الكلام مرة ثانية لكن فى موضوع آخر غير الذى كان يتحدث فيه ، كما يلاحظ عليه أيضًا كما لو أن هناك ضغطًا وتكثيفًا للأفكار التى فى ذهنه ، بحيث نجده يشكو من تزاحم هذه الأفكار وتسابقها فى التواتر عليه ، ومما يزيد من صعوبة وتعقد الموقف قصور المفردات والتعبيرات المتاحة لديه عن إسعافه للتعبير عن كل هذه الأفكار ، فيسقط ذلك على الغير متهمًا إياهم بأنهم لا يعطونه الفرصة والوقت الكافيين للتعبير .

كذلك قد يتخذ اضطراب التفكير لدى الفصامى شكل سحب أو حرمان من الأفكار ، حيث يشكو المريض من أن ثمة من أو ما يسلبه أفكاره عنوة نتيجة أهميتها أو حساسيتها أو سريتها ، كما قد يتخذ شكل إدخال أفكار يدعى المريض أنها تطغى على أفكاره هو ، فتملك عليه ردود أفعاله وتصرفاته ، أو قد يتخذ شكل قراءة ونشر للأفكار وعادة ما يلقى المريض بالمسئولية وراء كل هذه العمليات على هيئات رقابية أو جواسيس أو أجهزة إلكترونية ذات إشعاعات خاصة ، وإذا كان المريض محدود الثقافة فقد يتجه مباشرة إلى ذلك بفعل السحر والأعمال .

ويرى الدكتور يحيى الرخاوى أن « اضطراب التفكير لدى مريض الفصام من أوضح ما يلحظ وظيفيًا عليه ، باعتبار أن الاضطراب الأساسى فى الفصام هو التفكك ذاته لدرجة تعدد الكيانات ، واستقلالها النسبى ، وتصادمها ، وحتى انسحاب العواطف كاضطراب أساسى قبل اضطراب التفكير إنما يكمن وراءه أيضًا – بدرجة ما – تفكك الكيانات وتعددها ، وحيث أن الشخص العادى فى حالته الطبيعية تتواجد فى

بؤرة شعوره فى لحظة بذاتها فكرة مركزية معينة تمثل تجميعات ناتجة عن سابق مراحل التطور ، كما تجذب وتنظم سائر الأفكار الموجودة فى بؤرة الشعور أو القادمة إليه ، وفى الوقت نفسه تظل بقية الأفكار الكامنة (سواء كانت مركزية أو غير ذلك) بعيدة عن بؤرة الشعور ، وإن كانت مرتبطة بها .

فإن مريض الفصام يعانى مما يمكن أن يطلق عليه « سوء وفقر التغذية البيولوجية » المتعلقة بالرسائل ذات المعنى[1] التى تصل إليه ، كما أنه أيضًا يفتقر إلى القدرة على إرسال « رسائل » تجد من يستقبلها ويقدرها ، أى أن العائد يصبح ضعيفًا للغاية منه وإليه ، ومن هنا تبرز صعوبة التواصل مع الآخر من خلال الأفكار نتيجة عدم تغذية الفكرة المركزية التى تحتل بؤرة الشعور فى مرحلة ما بدرجة كافية بمعناها ؛ إما بافتقارها إلى التوافقية مع الآخر ، أو إلى الترابط التسلسلى ، أو إلى السعى لهدف مناسب ، أو إلى الارتباط بإمكانية التنفيذ .

كذلك نجد فى الوقت الذى تجرى فيه عملية التفكير لدى الشخص العادى ، دون وعى منه بمراحلها وآلياتها ، نجد مريض الفصام تستغرقه هذه العملية ويحرص على أن يكون واعيًا بها بدرجة تبدو مفرطة ومعوقة فى النهاية ؛ خاصة فيما يتعلق بالتذكر ، حيث يشكو من ضعف الذاكرة وقلة التركيز رغم ثبوت كفاءتهما كلينيكيّاً ، أيضًا مما يلاحظ على تفكير مريض الفصام تواجد أكثر من فكرة مركزية واحدة فى بؤرة الشعور ، كل منها يكاد يكون لها الثقل والمساحة نفسها من الاهتمام فيما يعرف بـ « تساوى التكافؤ Equivalence » مما يؤدى إلى عرقلة الفكر ثم الكلام نتيجة التصادم المعطل والتنافس بين هذه الأفكار ، والذى يترتب عليه ما يشبه « الربكة » وكذلك تنقل غير منطقى أو متسق من موضوع لآخر لا تربط بينهما أى علاقة ، وقد يحل هذا النزاع والتناحر وتكالب الأفكار المركزية على المريض نهائياً أو حتى مرحلياً ببعض حلول مثل : الوساوس (حين يعتبر فكرة معينة من هذه الأفكار هى المركزية وكل ما عداها من أفكار طفيلى) أو الاكتئاب .

٢ - اضطراب اللغة :

حيث تعجز الألفاظ لدى مريض الفصام عن القيام بدورها فى التوافق (مع آخر) والتواصل وتثبيت الفكرة ، فتصير أشبه ما تكون بأصوات ليس لها أى علاقة مباشرة

(١) يقصد بالمعنى هنا ، تناسب وكفاءة « المعلومات » الواصلة لجهاز فعلنة (معالجة) المعلومات لدى الشخص فى مرحلة بذاتها .

بالأفكار الموجودة فى بؤرة الشعور ، ومن ثم ينفصل اللفظ عن معناه ، ثم ما يلبث أن يستقل ويقوى بشكل يعجز المريض ويعطل قدرته على التواصل مع الآخرين ، وهو ما يطلق عليه تضخم عملية التلفيظ Verbalization مع ضعف العملية الدلالية Denotation .

ومع استقلال اللفظ يستقل التفكير فى ذاته ، حتى لتبدو الفكرة كما لو كانت صادرة عن مصدر أو كيان آخر بعيد عن تحكم الوعى القائم ، وقد تأخذ هذه الظاهرة مساراً جانبيّاً يركز على الشكوى من عدم التحكم فى الأفكار والذى يظهر فى شكل الوساوس ، كما يؤدى انفصال الألفاظ واستقلالها ، وبالتبعية انفصال الأفكار واستقلالها إلى وجود صعوبة شديدة لدى المريض فى تكوين وصياغة جمل هادفة ، بل يكاد يكون ذلك ضربًا من المستحيل بالنسبة له ، مما يبدو معه المريض كما لو كان يتكلم لغة جديدة أو فى أحسن الظروف لغة خاصة به هو وحده تحمل دلالة لا يعرفها غيره ، وتنبع هذه الخصوصية من أكثر من جانب منها : استعمال المريض للألفاظ العادية استعمالاً خاصًا بمعنى لا يعرفه أحد سواه ، تكوينه لألفاظ جديدة من دمج والتأليف بين لفظين أو أكثر تحمل بالنسبة له معان جديدة ، استعمال لغة بأصوات جديدة تمامًا ، قد تعنى معنى رمزياً دائمًا أو متغيراً حسب مدى استقرار الحالة .

إجمالاً فيما يتعلق باضطراب اللغة لدى مريض الفصام يمكن القول بأن « اللفظ » حينما ينفصل فى ذاته لدى المريض ، يصبح عرضة لأن يملأ بمعنى صادر من الفكرتين المركزيتين السابقة الإشارة إليهما ، واللتين تتنازعان بؤرة شعوره ، مما يحمل هذا اللفظ معنيين متناقضين رغم شكله الظاهرى الواحد ، وبالتالى ليس غريبًا أن يستعمله الفصامى الاستعمال ونقيضه ، كذلك فإن « اللفظ » متى استقل فهو عرضة لأن يستجلب وراءه من المعانى ما يتفق له حسبما رؤية صاحبه (أعنى المريض) ، لوجود أنواع من الارتباطات بين الألفاظ لدى المريض مثل : قيام الجزء مكان الكل ، الارتباط بالتجاور اللفظى أو التلاحق الزمنى ، أو الارتباط بالنغم جميعها تشير إلى ضعف الفكرة المركزية للأفكار التابعة أو العابرة ، ومن ثم تكون الفرصة سانحة جدًا لأن يربط أى شىء بشىء ، والذى بدوره يبنى حول المريض قشرة سميكة تحقق له العزلة عن الآخر وتوفر له مناخًا انعزاليّاً يشعره بالأمان الداخلى من جهة ، ويقطع الطريق على أى احتمال للتواصل من جهة ثانية .

٣ - اضطراب الوجدان :

ويقصد به ما يعترى المريض من اختلال فى المشاعر والعواطف والأحاسيس ، حيث يبدأ الأمر أولاً فى شكل تأخر فى الاستجابة الانفعالية ، ما تلبث أن تتحول تدريجياً إلى تبلد انفعالى Flattening يتمثل فى الفتور العاطفى وانخفاض درجة الألفة والحنان نحو أفراد الأسرة والأصدقاء أو الأقارب على خلاف الطبيعة السابقة على المرض ، وشيئًا فشيئًا يتحول التبلد الانفعالى إلى تجمد انفعالى Blunting تفقد معه الاستجابة الانفعالية ، وينعدم التجاوب العاطفى بالحنان والحب نحو المقربين ، وأخيراً يصل الحال بالمريض إلى عدم التناسب الانفعالى Incongruity حيث يقابل المريض الأخبار أو الأحداث المحزنة والمؤلمة بالضحك والسخرية والأخرى المفرحة السارة بالصراخ والعويل ، وقد يصدر المريض أياً من هذين النوعين من الاستجابات الانفعالية دون أن يكون هناك ما يستوجب ذلك أساسًا ، وهذا كله عادة ما يجلب على المريض أنواعًا شتى من المشكلات فى حياته اليومية بل وقد يعرضه إلى تطاول وتعدى غير المدركين لمرضه عليه بالسب والضرب .

ويعدد الدكتور يحيى الرخاوى مراحل اضطراب الوجدان عند مريض الفصام على النحو التالى :

أولاً : حدة الانفعال وظهور انفعالات متزاحمة معًا : وعادة ما تصاحب هذه المرحلة البدايات الباكرة للمرض ، وتصبح فيها العواطف العادية أكثر حدة وبدائية ، فيفرح أكثر حدة ويحزن أكثر حدة ، كما تنتاب المريض نوبات خوف حادة وفجائية ولكنها لا تدوم أكثر من لحظات أو دقائق ، وحينما تذهب لا تعود إلا بعد فترة ، وقد تتبادل مع نوبات من السعادة بلا سبب ، وأخيراً سلسلة من ترددات العواطف (ظهور ثم إجهاض ثم معاودة الظهور مرة أخرى) ، وتبدلها (تتبادل العواطف فيما بين بعضها البعض بسرعة ملفتة) ، وثنائيتها (ظهور العاطفة ونقيضها فى الوقت نفسه تجاه موضوع واحد مع العجز عن ترجيح أى منها) .

ثانياً : العجز الوظيفى للعواطف : وتأتى هذه المرحلة عقب المرحلة التى تضطرب فيها العواطف نتيجة التفكك ، وعادة ما يطلق عليها من الناحية الوظيفية « المرحلة الصفرية »

نتيجة زيادة البون بين العواطف الموجودة وتسارع إيقاع تبادلها مع تساوى قوتها حتى تعادل بعضها بعضًا وتصبح المحصلة صفرًا ، فيظهر على المريض التبلد واللامبالاة ليس فقدًا للعواطف وإنما فقدًا لفعاليتها وتجميدًا لوظيفتها نتيجة عدم استمرار أى منها لفترة ملائمة ومقنعة ، خاصة مع انفصالها عن التفكير أو الإرادة أو الفعل .

ثالثًا : فقد التفكير لدافعيته العاطفية ثم انسلاخ المعنى عنه : فمع استمرار الاتجاه التدهورى لعواطف المريض وعجزها عن القيام بوظيفتها فى الوقت المناسب وبالقدر المناسب وبالشكل الملائم للظرف القائم ، يصبح التفكير بلا رابط أو غاية يسعى إليها ، بمعنى أن المريض لا تدفعه عاطفة لتفكير ما ، ويستتبع انفصال العاطفة عن التفكير أن يصير اللفظ بلا معنى وبلا وظيفة توصيلية أو تواصلية .

رابعًا : ظهور الانفعالات البدائية بالتدريج وبتزايد مستمر : ومن أمثلة هذه الانفعالات ؛ الهلع (حيث يبدو على المريض خوف مؤكد وساحق من خطر ما خارجى) ، والقسوة العدوانية (وهنا يبدى المريض - مع الهلع - مظاهر قسوة وتحفز عدوانى مباشر وكأنه سينقض على العالم الخارجى من فرط هلعه ، حتى ليبدو كوحش متنمر وقد يقدم فعلاً على هجمات فجائية خطرة) ، انفعالات الحقد المباشر (وهى القدرة التى إذا ارتبطت مع الفكر فيما بعد قد تسمى حقدًا أو حسدًا) .

خامسًا : العودة إلى التهيج العام غير المتميز مع التناثر الكامل : وهى تمثل نهاية المسيرة الفصامية حيث تختفى المظاهر بدرجة تكاد تكون تامة ، وتصبح انفعالات الفصامى أقرب إلى المرحلة البدائية الانعكاسية .

٤ - اضطراب الإرادة :

إن الإرادة هى اختيار بين أمرين - على الأقل - ومن ثم فإن أبرز ما يُلحظ على الفصامى من أعراض هو فقدانه لقوة الإرادة والسلبية المطلقة التى تغلب عليه بشكل عام ، وعدم استطاعته اتخاذ أية قرارات وحتى إذا ما حدث ونجح فى اتخاذ قرار ما نجده لا يستطيع المثابرة والثبات على هذا القرار وتحمل تبعاته ، بل غالبًا ما ينكص عنه أو

يتحول عنه ويتخذ قراراً آخر حتى لو كان ظاهر هذا القرار يبدو غير ملائم ولا يتناسب مع طبيعته وميوله ، وعادة ما يُلحظ ذلك على الصعيد الدراسى ، والعمل ، واختيار شريك الحياة .

ومن جانبه يعدد الدكتور يحيى الرخاوى مراحل اضطراب الإرادة عند مريض الفصام على النحو التالى (مع تسليمه بأن تتابع هذه المراحل ليس لازمًا ، كما أنه من الممكن أن يكون فيما بين هذه المراحل ثمة تبادل أو تداخل ما) :

أولاً : المرحلة التذبذبية المترددة : فمع التفكك الذى يعانى منه الفصامى تصبح الإرادة عنده إرادتين على الأقل ، وهذا يفسر ثنائية الميول التى يعانى منها ، والتى تبدو جلية فى كل من تردد العواطف ، والمصافحة الموقوفة (وتعنى ذلك الوضع المتوسط المستمر ليد الفصامى بين المد للمصافحة وإرجاعها بجوار الجنب) .

ثانيًا : المرحلة الوعائية المستسلمة : فمع ما سبقت الإشارة إليه فى اضطراب التفكير واللغة والوجدان ، نجد كيان المريض قد صار بلا قدرة ، على القرار أو الفعل أو حتى الرفض أو القبول ، فيصيب الشلل الإرادة ويصير معه المريض أشبه بوعاء يوضع فيه ما يوضع وينزع منه ما ينزع ، وتتردد فيه أصداء خارجية ، وهذا ما يفسر الأعراض الأخرى المتمثلة فى هلاوس وضلالات إقحام الأفكار ونزعها وإذاعتها ، وكذلك تردد الحركة والكلام كالصدى .

ثالثًا : المرحلة العاجزة المشوشة : وفيها يعجز المريض عن استبعاد أى مثير أو حركة صادرة من داخله ، وهنا تظهر النمطية والزمان ، وعادة ما لا يعى المريض وعيًا واضحًا أنه يأتى هذه الحركة أو يكررها .

رابعًا : المرحلة الانعدامية المتجمدة : وهذه المرحلة تشير إلى درجة الجمود الكامل الذى يعكس بشكل غير مباشر مدى التساوى الذى وصلت إليه قوة الكيانين (أو أكثر) داخل المريض ؛ بحيث لم يبق لأى منهما (منهم) أى احتمال للتعبير بإرادته المنفصلة عن الكيان الآخر تعبير سلوكى مباشر ، فتكون النتيجة هى السبات والجمود والتصلب الشمعى فيما يطلق عليه « الأعراض الكتاتونية » .

٥ - الأعراض الكتاتونية :

يقصد بها تلك الأعراض الناتجة عن اضطراب فى القدرة الحركية للفرد ، وهى تختلف من شخص لآخر ولكنها عادة ما ترمز إلى صراعات لاشعورية فى حياة المريض وتعبر عن اضطراب شديد فى إرادته ، ومع ذلك فهى قد تظهر مع أمراض أخرى إلى جانب الفصام مثل : أورام الفص الجبهى فى المخ ، عقب الحمى المخية ، تأثير بعض العقاقير .

وقد تبدو هذه الأعراض الكتاتونية فى صورة : سبات وذهول قد يتدرج إلى غيبوبة كاملة مع رفض الطعام أو الشراب ، أو هياج يؤدى إلى تحطيم الأشياء من حول المريض أو إصابة بعض المحيطين به ، أو ثبات على وضع معين لمدة قد تصل إلى عدة أيام أو تكرار حركات أو إيماءات معينة مع المداومة عليها .

٦ - الهلاوس أو الهذاءات :

وهى عبارة عن استجابات حسية واضحة دون وجود منبه يستوجبها ، وهى قد تكون سمعية فى حالة ما إذا شكا المريض من سماعه لأصوات تلعنه ، أو تسبه أو تتآمر عليه أو تعايره ، أو تصر على ترديد ألفاظ ذات مدلولات ، أو تحمل معانى جنسية تثيره ، وغالبًا ما يتهم الفصامى الأشخاص المحيطين به أو الأفراد الذين يتصادف وجودهم معه أثناء سيطرة هذه الهلاوس عليه بأنهم هم الذين يصدرون هذه الأصوات أو على الأقل هم السبب فيها ، وقد تكون هذه الهلاوس بصرية فيجزم المريض بأنه يرى أفراد حقيقيين من حوله يترصدونه ويقتفون أثره ، وعلى شاكلة ذلك قد نجد هناك هلاوس شمية أو لمسية أو تذوقية ، ويلاحظ هنا أن الفصامى لا يدعى ما يسمعه أو يراه أو يشمه ، فالمرض يجعله يحس حقيقة بذلك لذا ينبغى عدم تكذيبه فى ذلك ولكن ما ينبغى عدم التعويل عليه كثيراً هو نسبته هذه الأصوات أو غيرها من الهلاوس إلى أحد الجيران أو المارين به فى الشارع .

٧ - الضلالات :

هى عبارة عن اعتقاد خاطئ يؤمن به المريض ، ومن الصعوبة بمكان إقناعه منطقياً بعدم صحة هذا الاعتقاد ، لأنه يراه حقيقة واقعة لا يستطيع الحيد عنها ، وينبغى النظر إليه فى ضوء بيئة المريض وثقافته ، وهو قد يكون ضلالاً اضطهادياً يشكو فيه المريض من أنه مراقب ويلاحقه أشخاص بصفات معينة أو أجهزة ما تسجل عليه كل حركاته وسكناته ، وقد يتهم بعض المحيطين به بأنهم يعملون لحساب هؤلاء الأشخاص أو هذه الأجهزة ، أو قد يكون ضلال عظمة يعتقد فيه المريض أنه الأفضل والملهم والمصطفى من بين جميع الناس لحمل رسالة ما أو هداية البشرية ، كما يرسخ داخله أيضًا أنه قد اختص دون غيره بقوى خارقة وكرامات تمكنه من حمل تبعة تلك الرسالة السامية وتحقيق خلاص البشرية ، بل قد يستفحل هذا الاعتقاد بالمريض فيتصرف كما لو كان ملكًا أو نبيًا .

كذلك نجد هناك أيضًا ضلالات التأويل أو التلميح أو الإشارة ، والتى يرسخ لدى المريض خلالها اعتقاد بأن ما يطرح حوله من جمل أو إشارات أو تلميحات أو حركات سواء كانت صادرة من أناس يتصادف وجودهم فى المكان نفسه أو قرأها المريض فى إحدى الصحف أو شاهدها فى التلفزيون هى موجهة فى الأساس إليه ومعنى بها ، وعادة ما تحمل هذه الإشارات أو التلميحات دلالات تثير حفيظة المريض ، كأن يظن أنها إشارة تهكمية عليه أو تلميح ذو مدلول جنسى إباحى .

وهناك نوع آخر من الضلالات هو ضلال توهم المرض ، وفيه نجد المريض قد تمركز حول جسمه وشغل به بشكل خارج عن المألوف ، فيداوم على الشكوى من المرض تلو الآخر رغم التأكيدات الطبية على خلوه من أى من هذه الأمراض ، إلا أن هذا لا يقنعه فيطرق باب طبيب ثان فثالث وهكذا دواليك ، وقد يجدى فى أحيان كثيرة مع هؤلاء المرضى ما يعرف بـ « البلاسيبو أو الدواء الوهمى Placebo »[(١)] .

(١) « البلاسيبو أو الدواء الوهمى Placebo » هى عملية إيهام المريض بأنه يعالج طبيّاً عن طريق إعطائه دواءً وهميّاً لا يحتوى على عقاقير طبية ، ويتكون فى الغالب من حبوب وأقراص من السكر ، وله تأثير إيجابى قوى .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p.622.

٨ - اضطرابات السلوك :

حيث تعترى الشخص المريض بعض اضطرابات السلوك التى ترتبط بما سبقت الإشارة إليه من أعراض ، فنجده يميل إلى الانعزال والانسحاب من المجتمع ، وينزوى بعيداً عن أفراد الأسرة حتى الذين كان قبل إصابته بالمرض يحرص على الجلوس إليهم والاستئناس بهم ، كذلك يهمل عمله أو دراسته ، ويعزف عن الذهاب إلى الأماكن العامة أو النوادى ودور العرض على خلاف ما كان عليه قبل المرض ، كذلك نجده يهمل فى مظهره ونظافته ، وقد يأتى بسلوكيات شاذة كمعاكسة الأشخاص فى الطريق العام ، أو خدش حيائهم سواء بالكلمة أو الفعل .

إضافة إلى ما سبقت الإشارة إليه من الأعراض المرتبطة بمرض الفصام ، أمكن للباحث من خلال مراجعته لعدد من الدراسات الأكاديمية التى تناولت بالبحث والدرس بعض السمات والقدرات العقلية والمعرفية الخاصة بمريض الفصام الخروج ببعض النتائج التطبيقية المفيدة يمكن إيجازها على النحو التالى(١) :

* لا تتخذ استجابة الفصاميين للمنبهات اللفظية شكلاً منتظمًا ، فهى غالبًا ما تكون غير متسقة .

---

(١) هذه الدراسات هى :

- صفوت أرنست فرج (١٩٧١) القدرات الإبداعية والمرض العقلى : دراسة للأداء الإبداعى لدى الفصاميين . أطروحة ماجستير ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٧١ . ص ٣١٠ .
- سهير عبد المجيد الغباش (١٩٨٠) التمييز بين مرضى الفصام المزمن والفئات الكلينيكية الأخرى فى الأداء على اختبارات الحساسية للمشكلات ذات الطابع الأدائى الشكل . أطروحة ماجستير ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٨٤ . ص ١٦٣ .
- آمال عبد القادر شومان (١٩٨٤) القدرات العقلية الأولية عند فئات من المرضى الذهانيين . أطروحة ماجستير ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٨٤ . ص ٨٣ .
- ماجدة حامد محمد حماد (١٩٨٤) أداء الفصاميين على اختبارت الذاكرة طويلة المدى . أطروحة دكتوراه ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٨٤ ، ص ٢٠٧ .
- جمعة سيد يوسف (١٩٨٧) بعض جوانب السلوك اللغوى لدى مرضى الفصام . أطروحة دكتوراه ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٨٧ ، ص ٢٨٦ .
- محمد نجيب أحمد محمود الصبوة (١٩٨٧) سرعة الإدراك البصرى لدى الفصاميين والأسوياء . أطروحة دكتوراه ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٨٧ ، ص ٢٧٨ .

* فيما يتعلق بالمشكلات اللفظية لدى الفصاميين فقد لوحظ أن هناك ما يعرف بالتفكير المتلازم أو المتآنى Asyndetic Thinking الذى يؤدى إلى ظهور استجابات تتميز بتداعيات غير متصلة بالمنبه بحيث نجد أن التفكير المرضى لدى الفصامى يؤدى إلى ثبات التداعيات داخل قوالب متحجرة تخفض من مرونة استخدام اللغة[١] ، كذلك وجد أن الفصاميين غالبًا ما يكونون أكثر عرضة للخطأ فى الاختبارات اللفظية مقارنة بالأسوياء رغم ثبات مستوى التعليم .

* فيما يتعلق بالانتباه والقابلية للتشتت وجد أن الفصامى عادة ما يشكو من أنه لا يستطيع تركيز انتباهه فهو يستطيع أن يقرأ فى البداية ، لكنه لا يستطيع استعادة ما يقرؤه ، كما تعد الكتابة أكثر صعوبة بالنسبة للفصامى لأن وضع الحرف الواحد يتطلب منه مجهودًا كبيرًا ولو كان المريض طالبًا فإنه لا يستطيع الاستذكار إطلاقًا حيث يكون هناك بطء شديد فى تتابع الأفكار لديه ، وفى هذا الصدد يشير الدكتور محمد نجيب الصبوة[٢] تعليقًا على بطء أداء الفصاميين فيما يقدم إليهم من اختبارات إلى أنهم يفقدون الوقت المتاح للاستجابة مما يؤدى إلى اختلال تفكيرهم بل ولا يجيبون على سؤال إلا إذا وجدوا أنفسهم أمام سؤال آخر فينتهجون عندئذ منهجًا معوقًا لهم ويحاولون التغلب على هذه الإعاقة بالاستجابات التى يقدمونها بطريقة عشوائية نظرًا لكثرة الأسئلة مع ضياع الوقت المحدد لها . وهو يرتئى أن البطء لدى الفصاميين لا يعد ظاهرة أحادية البعد Unitary Phenomenon حيث يقف وراءه أكثر من سبب ، منها أن البعض منهم يتسمون بالبطء الشديد لأن عقولهم تعمل أصلاً ببطء ، والبعض الآخر لعجزه عن

(١) مثال ذلك عندما يطلب من الفصاميين تصنيف أسماء الأشياء الحية وغير الحية المسجلة على بطاقات على أساس ما له أسنان كانوا يدخلون الإنسان والحيوان ضمن هذه الفئة ولا يدخلون الترس أو المشط معهم ، وتفسير ذلك أنه يظهر سوء التفسير الصريح للكلمات لدى الفصاميين عندما تظهر الحاجة لاستخدام كلمات ذات معان ثانوية حيث يهمل الفصاميون المعانى الضعيفة إهمالاً نسبيًا وترتبط استجابتهم بالمعانى المباشرة على خلاف الشخص السوى الذى يتنقل بمرونة بين المعانى القوية والمعانى الضعيفة حسبما يفرضه الموقف وتتطلبه الظروف .

(٢) محمد نجيب أحمد محمود الصبوة (١٩٨٧) سرعة الإدراك البصرى لدى الفصاميين والأسوياء . أطروحة دكتوراه ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٨٧ ، ص ٢٥ .

التركيز ، وبعض ثالث لكونه قلقًا وقابلاً للاستثارة الشديدة والتشتت ، وبعض رابع يدور تفكيره حول مشكلات مختلفة لاعتقاده بعلاقتها بالموضوع الذى يفكر فيه سواء صح هذا الاعتقاد أو كان خاطئًا .

* بالنسبة للقدرات العقلية الأولية[1] لدى الفصاميين ، فقد لوحظ وجود فروق جوهرية بين الأسوياء والفصاميين على اختبار الطلاقة ، كذلك هناك انخفاض فى أداء الفصاميين على اختبار الفهم اللفظى يتسق مع ما أشارت إليه البحوث من اضطراب أدائهم عندما تكون الاستجابة المطلوبة منهم اختيارًا من بين بدائل مختلفة للكلمات ويصبح هذا الاضطراب شديدًا إذا تعددت المعانى البديلة المقدمة للكلمة المنبهة .

* مرضى الفصام ذوو الإقامة طويلة الأمد Long- term Patients فى مقابل المرضى ذوى الإقامة قصيرة الأمد Short- term Patients (أربعة أشهر - عام كامل) ، تتأثر سماتهم الشخصية ووظائفهم العقلية من جراء هذه الفترة الطويلة من الإقامة نظرًا لانخفاض المنبهات الحسية والإدراكية والاجتماعية فى البيئة المحيطة بكلٍ منهم وعدم تنوعها وهو ما يعرف بالحرمان الحسى Sensory Deprivation والحرمان الإدراكى Perceptual Deprivation والحرمان الاجتماعى Social Deprivation والعزلة ، ومن ثم تشير هذه الدراسة إلى أن الحرمان الإدراكى لمدة سبعة أيام يؤدى إلى اضطراب فى

(١) « القدرة العقلية Mental Ability » : هى قدرة فطرية مثل القدرة الاستقرائية والتذكر والقدرات الرياضية والميكانيكية والحركية ، وهى إما بسيطة أولية تمثل اللبنات الأولى التى يقوم عليها النشاط العقلى المعرفى ومن أمثلتها : القدرة العددية واللفظية ، أو طائفية مركبة تنقسم إلى قدرات أبسط منها مثل : القدرة على القراءة الصامتة التى تتألف من القدرة على الطلاقة اللفظية والقدرة على التعبير اللغوى والقدرة الاستقرائية .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. pp.469, 470.

الوظائف مثل : الطلاقة اللفظية[1] وحل المشكلات الحسابية والتعرف والتذكر للمقاطع الصماء .

* أن عيوب الانتباه لدى الفصاميين تتركز فى عمليتى الانتباه الانتقائى الواسع Over Selective Attention ، والانتباه الانتقائى الضيق Under Selective Attention ، كما أنه من مظاهر الخلل فى التفكير عند الفصاميين عدم القدرة على تنظيم المنبهات الواردة إليهم من وسائط حسية مختلفة ، ويفسر هذا الخلل مفاهيم التشتت Distractibility[2] والتداخل Interference[3] التى تحول دون تركيزهم على المنبهات الملائمة للموقف ، هذا فضلاً عن أن عملية نشطة من الكف Inhibition[4] لدى

---

(١) « الطلاقة اللفظية Word Fluency » : هى قدرة الفرد على الإتيان بأكبر عدد ممكن من الكلمات إذا قدمنا له مثيراً معيناً وطلبنا منه أن يكون أكبر عدد من الكلمات يمكن تكوينها من تقديم وتأخير عدد محدود من الحروف ، أو ذكر أكبر عدد من الألفاظ التى تبدأ أو تنتهى بحروف معينة ، ويمكن ألا يقتصر قياس هذه القدرة على الكم فقط بل قد يمتد إلى الكيف أى مدى ودقة ودلالة الألفاظ المذكورة .

المصدر :

– فرج عبد القادر طه (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى. مرجع سابق. ص٤٥٦ .

(٢) « القابلية للتشتت أو شرود الذهن Distractibility » هى القدرة على تحويل انتباه شخص عن شيء كان يتأمله .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p.231.

(٣) « التداخل Interference » : هو ما يحدث عندما تعطل معلومة معينة حدوث تعلم معلومة أخرى، أو يعطل استدعاء فكرة ورود فكرة أخرى .

المصدر :

– فرج عبد القادر طه (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى. مرجع سابق. ص ١٨٨ .

(٤) « الكف أو التثبيط Inhibition » : هو تعطيل أو منع قوى داخلية أو خارجية لنشاط أو وظيفة ، ويقال أن الاستجابة الشرطية قد تكف استجابة أخرى إذا كان عمل الأولى يعطل عمل الثانية ، فالخوف يكف الشهية والرغبة الجنسية إلخ ، وعادة ما يقوم الأنا والأنا الأعلى بعملية الكف هذه .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. pp.393, 394.

الفصاميين تمنع اختيار الملائم من السياق ، وأخيراً صعوبة تكوين المفاهيم Concept Formation[1] ، والتضمين الزائد Overinclusion[2] ، واضطراب السلوك الاستكشافى Exploratory Behavior[3] .

* كلما ارتفع مستوى تعليم الفصامى ، كان لديه ميل إلى الاطلاع والقراءة مما ينمى لديه بعض المهارات اللغوية ولو بطريقة عفوية وذلك فى شكل اتساع فى معجمه العقلى بما يكتسبه من مفردات .

* ليس هناك تأثير لمتغير العمر على الأداء اللغوى للفصاميين فى المدى العمرى ٢٠-٤٠ عامًا ، فقط يكون التأثير فى المراحل العمرية المتطرفة سواء مرحلة المراهقة أو مرحلة الشيخوخة .

* بالنسبة لإنتاج اللغة وجد أن العطب لدى الفصاميين يكمن فى عدم قدرتهم على ممارسة الضبط والتحكم الذاتى عند إنتاج الكلام أو فى استراتيجية الإنتاج ذاتها ربما نتيجة لقابليتهم لتشتت الانتباه سواء بالمشتتات الداخلية أو الخارجية ، كما يؤدى البطء فى معالجة المعلومات لدى الفصاميين إلى وجود اضطراب فى الذاكرتين قصيرة المدى وطويلة المدى وهذا يفسر ما يمكن أن يلحظ من وقفات Pauses كثيرة نفاجأ بها من جانب

---

(١) « تكوين المفاهيم Concept Formation » هو عملية تعلم المفاهيم ، وتتضمن تجريد صفة أو خاصية لشىء أو حادث ، ثم تعميمها على بقية الأشياء ، والأحداث .

المصدر : - Ibid. p. 159.

(٢) « التضمين الزائد أو المفرط Overinclusion » يعنى الفشل فى استبعاد الاستجابات البسيطة غير المناسبة ، (وهو فى سياق الحديث عن الفصام يشير إلى اتساع المفاهيم لدى الفصاميين بدرجة مفرطة تجعلها تبدو فى الحالات المفرطة منها مفتقدة الحدود فتتضمن عديداً من المعانى التى قد لا تتصل بها) .

المصدر : - Ibid. p. 564.

(٣) « السلوك الاستكشافى Exploratory Behavior » هو سلوك حركى تأتيه الكائنات عندما تحاول ملاءمة نفسها للموقف الجديد .

المصدر : - Ibid. p. 291.

الفصاميين أثناء الكلام ؛ حيث يساعدهم ذلك على فحص الذاكرة للعثور على الكلمات الملائمة والتى يفشلون غالبًا فى الوصول إليها ، هذا فضلاً عن نسيانهم لما قالوه أو كتبوه بالفعل فنجدهم يكررون أنفسهم دون أن يتطلب السياق ذلك ، كما وجد أن هناك ما يشبه التصلب العقلى لدى الفصاميين والذى يعد أحد الأسباب المسئولة عن تدهور إنتاج اللغة لديهم حيث تتطلب الصياغة الجيدة للغة أن يتسم المعجم العقلى للشخص بالمرونة الكافية ، ويؤكد ذلك أنه إذا طُلب من أحد الفصاميين مزيد من الشرح لفهم ما قاله أو كتبه فإنه لا يقدم جديدًا وكل ما يفعله هو تكرار نفسه .

* بالنسبة للعقاقير وجد أن هناك تأثيرًا واضحًا على الوظائف السيكولوجية بشكل عام إلا أن اتجاه ومدى التأثير وإرجاعه إلى العقاقير فقط يعد أمرًا معقدًا ومن الصعب الإقرار به ، وإن وجد أن الكلام الصادر فى ظل تأثير جرعات صغيرة من عقار «الكلوربرومازين Clorpromazine » أقل فهمًا من الكلام الصادر دون تعاطى هذا العقار . كما وجد أن الأدرينالين Adrenaline يحسن التواصل اللغوى لدى مرضى الفصام .

ومن واقع الدراسة الميدانية والمعايشة الفعلية ، لوحظ أن المريض بالفصام يفتقد بدرجة ملحوظة إلى القدرة على إدراك المعانى الضمنية أو البعيدة التى تراد من وراء الكلمات Implicit ، وغالبًا ما تكون المعانى الظاهرية الواضحة Explicit المحسوسة القريبة للذهن هى التى يفزعون إليها أو بمعنى أدق تقتحمهم . فمثلاً : أجابت واحدة من المرضى – أثناء إحدى جلسات العلاج بالشعر التى شارك فيها على مدى أشهر طويلة صاحب هذا العمل أثناء التطبيق العملى – على سؤال حول ما وصلها من معان اشتملت عليها رباعية صلاح جاهين التالية : (موسيقى هادية ، الكون فيها انغمر ، وصَيف وليل وعقد فل وسمر ، يا هل ترى الناس فرحانين ، ويا هل ترى شايفين جمال القمر . عجبى) « إن الكواكب والنجوم ماشيين مع بعضهم بانسجام والناس فرحانين ومنسجمة مع الكون كله وعاجبهم الجمال اللى القمر عليه » .

٢-٦ - أنواع الفصام :

يقع الفصام وفق ما جاء في المراجعة العاشرة للتصنيف العالمى العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية ICD/10 التى أصدرتها منظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٩ ضمن الفئة الثانية المعروفة بـ : F20: Schizophrenia, Schizotypical and Delusional Disorders الفصام والاضطرابات الفصامية النمط والوهامية (الضلالية) ، حيث يعتبر من أكثر أمراض هذه المجموعة شيوعًا وأهمية ، أما الحالات فصامية الطبع فتحمل كثيراً من السمات المميزة للاضطرابات الفصامية ويحتمل أن تكون مرتبطة بها وراثياً ولكنها لا تتضمن الهلاوس والضلالات واضطرابات السلوك الشديدة الخاصة بالفصام نفسه ؛ لذا نجد أنها قد لا تسترعى انتباهًا طبيًا ، أما الاضطرابات الضلالية فهى غير مرتبطة غالبًا بالفصام وقد يصعب تمييزها كلينيكيّاً ؛ خاصة فى مراحلها الأولى ، فهى مجموعة غير متجانسة وغير مفهومة تمامًا من الاضطرابات الضلالية المستمرة ومجموعة أكبر من الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة[١] .

ومع تعدد تعريفات الفصام تتعدد التشخيصات من جانب المتخصصين فى مجال الطب النفسى وعلم النفس ، حيث تشير إحدى الدراسات إلى أن نسبة الاتفاق بين الأطباء النفسيين فى التشخيص تصل إلى ٨٠٪ تقريبًا ومع ذلك فإن الفارق المتبقى وهو ٢٠٪ - وإن كان ينصب على فئات التصنيف الدقيقة (كأن يتم التشخيص فى حالة الفصام على أنه فصام بارانوى أم هذائى مثلاً) - غالبًا ما يرجع إلى : اختلاف المدارس التى تربّوا فيها والمآتى التى نهلوا منها ، الطريقة التى تم اتباعها فى المقابلة الكلينيكية Interview ، هذا فضلاً عن احتمالية حدوث تغييرات يصعب التنبؤ بها فى الأعراض أثناء المسار الطبيعى للمرض مما يجعل التشخيص المحدد للمرض فى وقت سابق غير مناسب فى وقت لاحق ، وأخيراً شذوذ بعض المرضى فى الأعراض التى تبدو عليهم

(١) منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض ICD/10 . مرجع سابق . ص ٩٤ .

رغم تصنيفهم ضمن فئة مرض بعينه (كما هو الحال فى مرضى الفصام المزمن غير المتميز)[١] .

ومن جانبه يلمح الدكتور عبد الستار إبراهيم إلى أن الاتفاق بين المعالجين السلوكيين- على سبيل المثال - على ما يعنيه الفصام أقل بكثير مما هو عليه الحال بين الزملاء الآخرين من خبراء الصحة العقلية ، بل ويشكو الكثير من المعالجين السلوكيين من أن المحكات التى يستخدمها أخصائيو الطب العقلى والنفسى محكات غير متكاملة وتفتقد إلى الثبات ، فضلاً عن أنهم يشاركون زملاء المهنة الآخرين شكواهم من أن مفهوم الفصام ذو طبيعة غير متماسكة أو مترابطة ، وعلى الرغم من أن الطبيب والأخصائى النفسى قد يرصد عدداً من الأعراض تتداخل فى الأشكال المختلفة من الفصام ، فضلاً عن أن هناك أشكالاً من الفصام توجد فيها أعراض لا توجد فى الأشكال الأخرى على الإطلاق[٢] .

ومن واقع ما جاء فى المراجعة العاشرة للتصنيف العالمى العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية ICD/10 التى أصدرتها منظمة الصحة العالمية[٣] عام ١٩٩٩ تحت الفئة الثانية المعروفة بـ F20: Schizophrenia, Schizotypical and Delusional Disorders الفصام والاضطرابات الفصامية النمط والوهامية (الضلالية) ، نجد الفئات التالية تندرج تحت الفصام :

ف ٢٠ : الفصام	**F20: Schizophrenia**
الفصام البارانوى (الزورانى/ الضلالى)	F20.0: Paranoid Schizophrenia
فصام المراهقة أو البلوغ (الهيبفرينى)	F20.1: Hebephrenic Schizophrenia

(١) سهير فهيم عبد المجيد الغباش (١٩٨٠) التمييز بين مرضى الفصام المزمن والفئات الإكلينيكية الأخرى فى الأداء على اختبارات الحساسية للمشكلات ذات الطابع الأدائى الشكل . مرجع سابق . ص ٤٨ .

(٢) عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث : أساليبه وميادين تطبيقه . القاهرة . دار الفجر للنشر والتوزيع ، ١٩٩٤ . ص ص ٤٤٢ ، ٤٤٣ .

(٣) منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض ICD/10 . مرجع سابق . ص ٩٤ .

الفصام الكتاتونى (التصلبى/ التخشبى/ الجمودى)	F20.2: Catatonic Schizophrenia
الفصام غير المُميز	F20.3: Undifferentiated Schizophrenia
اكتئاب ما بعد الفصام	F20.4: Post Schizophrenia Depression
الفصام المتبقى	F20.5: Residual Schizophrenia
الفصام البسيط	F20.6: Simple Schizophrenia
فصام آخر	F20.7: Other
الفصام غير المُعين	F20.8: Unspecified Schizophrenia

وفيما يلى تعريف موجز ومركز بأبرز هذه الأنواع[1][2][3] :

٢-٦-١ - الفصام البارانوى (الزورانى / الضلالى) :

ترجع بداية ظهور مصطلح الفصام البارانوى Paranoid Schizophrenia إلى عام ١٩٤٠[4] وهو من أكثر الأنواع انتشاراً وغالبًا ما تكون الإصابة به فى المدى العمرى ٢٥-٤٠ سنة ، وتغلب على المصاب به بعض الأعراض مثل : ضلالات أو هلاوس الاضطهاد Persecutory والعظمة Grandiose والغيرة Jealousy ، وقد يرتاب فى أقرب الأشياء من حوله ويشكو من أنه مراقَب ومطارَد أو أنه يُكاد له ويُسحر ، ومن ثم فهو على قناعة لا تقبل التشكيك بأنه الأفضل والأكثر تميزاً ، وهذا ما يدفعه للحديث بأسلوب الفلاسفة أو العلماء ، وعادة ما يخالط ذلك بعض الهلاوس السمعية و/ أو البصرية والضلالات الثابتة نسبيًا فيعتقد أنه يوحى إليه (ومن ثم فهو فى قرارة نفسه نبى أو رسول) أو أن أجهزة التصنت ترصد كل تحركاته وتتبع خطواته (ومن ثم فهو عالم فذ أو سياسى محنك) وكثيراً ما يتطور سلوك المريض بهذا النوع من الفصام إلى القيام

---

(١) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ص ٢٨٥ ، ٣٠٥ .

(2) Abdel Monem Alhefnee (1995) Encyclopedia of Psychiatry. Op. Cit. pp. 1120-1138.

(٣) منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض ICD/10 . مرجع سابق . ص ص ٩٧ - ١١٧ .

(4) WWWebster Dictionary- Search screen. http://www.m.com/cgi-bin/m web (Last update 24/4/2001).

بتصرفات وردود أفعال عنيفة تدميرية يصعب التنبؤ بها نحو المحيطين به ، أو الأثاث من حوله ، ومع ذلك تقل إلى حد ما نسبة التدهور الاجتماعى فى شخصيته مقارنة بالمصابين بالأنواع الأخرى ، بل قد يغم على الشخص العادى حالة المريض ؛ خاصة مع إنكاره الدائم لمرضه والأعراض المرتبطة به والتى لا تظهر إلا إذا أثير إثارة شديدة .

٢-٦-٢ - فصام المراهقة أو البلوغ (الهيبفرينى أو التفسخى) :

جاء فى قاموس Hypertext Webster Gateway أن فصام المراهقة هو أحد أنواع الفصام الذى يقوم فيه المريض ببعض اللوازم الحركية غير السوية ، كما قد يطلق ضحكات لاشعورية ودون مبرر ، إضافة إلى معاناته من ضلالات وسلوك ارتدادى (نكوصى)[1] ، ومرد ربط هذا النوع بالمراهقة أو البلوغ لأن هذه السن هى التى عادة ما يصيب فيها المرض الأشخاص ، وعادة ما يكون للمريض به تاريخ سابق فى الشذوذ والارتياب حول أمور تافهة أو الانشغال بأمورر دينية أو فلسفية لا طائل من ورائها أو موضوعات فرعية تختص بالتقاليد والأعراف الاجتماعية التى تطرح على ذهنه فى قالب سفسطائى غير مجد ، فى الوقت الذى يمارس أقرانه أنشطتهم الحياتية ببساطة ودون تعقيدات ، والمريضُ به نستطيع القول بأنه متوحد مع الكون يعيش بذهنه فى جميع أمكنته وأزمنته كما أن حديثه غالبًا ما يتسم رغم قلته بعدم الترابط أو الاكتراث مع الالتفاف حول المعانى وعادة ما تصحبه ابتسامة سخيفة مستفزة قد تتطور فى بعض الأحيان إلى ضحكات بغير معنى وبلا مناسبة ، وإذا سئل عن سبب ضحكه بهذه الطريقة فيجيب بأنه لا يعرف أو قد تكون إجابته فى غير الموضوع ، وقد يكون فى قرارة نفسه ما يستدعى هذه الضحكة السخيقة ، أو قد يسعى من خلالها إلى التخفيف من توتره الداخلى ، وقد تكون رد فعل لاحق لنجاحه عن طريق الانزواء والانسحاب فى كف أى فعل ؛ فيضحك لأنه لم يعد هنالك ما يؤرقه أو يشغله أو حتى يسعد به ، ومن ثم كان من الطبيعى ألا تبدو هذه الضحكة من النوع المألوف المترجم للشعور بسعادة حقيقية ، ويؤكد ذلك ما قد يصاحبها أو يعقبها من كلمة أو حركة تتناقض معها أو تلغيها .

(1) Additional Hypertext Webster Gateway lookup. http://work.ucsd.edu:5141/ cgibi-nhttp webster. schizophrenia & method=exact & insindex= hebephrenic & db (Cited 30/ 4/2001).

وكثيراً ما يشكو مريض فصام المراهقة من هلاوس - معظمها سمعية - يذكر فيها أن ثمة أصواتًا تطالبه أو تتهمه بممارسات لاأخلاقية أو تقص عليه أحداثًا من هذا النوع ، كما أن ضلالاته غالبًا ما تكون ذات طابع جنسى ، أو دينى ، أو اضطهادى ، كما قد يأتى بأفعال تخدش الحياء : كالاستعراء أمام الناس أو الاستمناء على مرأى من أناس معينين دون شعوره بأى قدر من الخجل ، وقد يضطر - سعيًا وراء التواؤم مع ما يعتمل فى ذهنه من أفكار وسعيًا لبناء عالم من لبنات هواجسه الشخصية - إلى تناول المواد المخدرة وعقاقير الهلوسة .

٢-٦-٣ - الفصام الكتاتونى (التصلبى / التخشبى / الجمودى) :

عادة ما يبدأ هذا النوع من الفصام فى سن متأخرة عن فصام المراهقة (٢٠-٤٠ سنة) ويتميز بتناوب الذهول والهياج ، فالمريض الذاهل يتوقف عن الحراك وقد يبقى ساكنًا على وضع نمطى بعينه - جالسًا كان أم قائمًا - لعدة ساعات وربما أيام فيما يعرف بالتصلب الشمعى مقاومًا لجميع محاولات تغيير وضعه هذا ، الذى من الطبيعى أن يترتب عليه إصابة الجسم أو الأطراف بالزرقة والتورم بسبب عدم الحركة علاوة على الامتناع عن تناول الطعام وتبرز المريض وتبوله على نفسه مما يستوجب ضرورة رعايته رعاية خاصة من حيث الإطعام والنظافة أثناء هذه الحالة ، وغالبًا ما ترتبط الأوضاع التى يتخذها المريض بهذا النوع من الفصام بضلالات وهلاوس عظمة ، وقد يبدو المريض أثناء هذه الحالة بأنه غير منتبه لما يجرى حوله ، لكنه بعد زوالها نجده يحكى بالتفصيل كل ما كان يجرى من حوله ، وقد ينقلب حال المريض فجأة وبلا مقدمات ودون سبب ظاهر من الذهول إلى الهياج ، فيثرثر ويزعق ويروح ويجىء أو يحاول مهاجمة بعض المحيطين به أو الانتحار ؛ لذا عادة ما يوضع المرضى بهذا النوع من الفصام تحت الملاحظة الدقيقة بأقسام الرعاية بالمستشفى .

٢-٦-٤ - الفصام غير المميز :

وقد يطلق عليه الفصام المختلط حيث تعترى المريض به وتتعاقب عليه أعراض متباينة لأنواع الفصام المختنلفة وتبدو متراكبة متداخلة بشكل يُصعب عملية التشخيص ،

بمعنى آخر أن حالة المريض هنا تعكس بعض السمات الخاصة لأكثر من نوع واحد من أنواع الفصام دون بروز واضح لأى مجموعة من المميزات التشخيصية لواحد منها بالذات ، وفى سياق هذا النوع من الفصام تجدر الإشارة إلى أنه إذا كان مريض ما يشكو من أعراض لم يسبق أن شكا منها من قبل ، وكانت أعراض الفصام تأتيه لأول مرة ، وكانت لها هجمة ويعترى المريض خوف وقلق واضطراب وتشوش ، فضلاً عن صعوبة تحديد نمط الفصام فعندئذ يسمى « فصام حاد غير مميز » أما إذا كان ما به قد طال عليه الأمد وشق علاجه أو سبق أن أصيب به وشفى منه ثم عوده مرة أخرى وأيضًا صعب تحديد نمط الفصام فيه فعندئذ يسمى « فصام مزمن غير مميز » وفى بعض الأحيان قد يتحول الفصام غير المميز إلى نوع مميز ومحدد من أنواع الفصام الأخرى .

٢-٦-٥ - اكتئاب ما بعد الفصام :

هو عبارة عن نوبة اكتئابية قد تطول مدتها فى مرحلة تعقب مرضًا فصامياً ، وغالبًا ما تشتمل الحالة على بعض الأعراض الفصامية ، لكنها لا تهيمن كلية على الصورة الكلينيكية ، وفى حالة ما إذا كان المريض لا يحمل أعراضًا فصامية فعندئذ تشخص الحالة على أنها « نوبة اكتئابية » ، أما إذا كانت الأعراض الفصامية واضحة وبارزة فإن التشخيص عندئذ يكون تبعًا لنوع الفصام الملائم ، كما ينبغى تحرى ما إذا كان ظهور الأعراض الاكتئابية هو نتيجة لانطفاء الأعراض الفصامية وليس نتيجة لظهور مرض جديد ، أو ما إذا كان الاكتئاب هو جزء داخلى من الفصام أكثر منه رد فعل نفسى له ، تتبقى الإشارة إلى أن خطورة اكتئاب ما بعد الفصام هو ما ينجم عن استفحال الحالة من ميل المريض للانتحار .

٢-٦-٦ - الفصام المتبقى :

هو مرحلة مزمنة فى مسار تطور المرض الفصامى تم فيها انتقال واضح من مرحلة أولية لمرحلة تالية وتتميز بأعراض واختلالات سالبة طويلة المدى مثل : تبلد الوجدان ، السلبية والافتقار للمبادرة ، وفقر فى كمية أو مضمون الكلام ، وفقر فى التواصل غير

اللفظى من خلال تعبيرات الوجه ونظرة العين ووضع الجسم ، مع إهمال فى الاهتمام بالنفس والمظهر وانسحاب من الأحاديث والأحداث الاجتماعية .

٢-٦-٧ - الفصام البسيط :

يعتبر هذا النوع من أصعب الأنواع تشخيصًا نظرًا لغياب الأعراض الشديدة وصعوبة تمييزه عن بعض الاضطرابات الأخرى أو اضطرابات الشخصية ، وهو عادة ما يصيب الشخص فى سن مبكرة (١٧-٢٥ سنة) وتظهر فيه الأعراض الفصامية الأساسية المشار إليها سالفًا من اضطراب الوجدان والإرادة مع وجود بعض الاضطرابات فى التفكير وصعوبة التركيز وضعف التفكير التجريدى مع البعد عن الواقع والانسحاب منه ، ومع ذلك فهو قلما يشكو من المظاهر الكتاتونية أو الضلالات أو الهلاوس ، وهذه الأعراض لا تأتيه فجأة وإنما تأتى متدرجة ، والمريض بالفصام من هذا النوع غالبًا ما يكون غير موفق فى أسرته ومع أصحابه وفى عمله وكثيرًا ما يشكو اضطرابات جنسية ، وهو لا يبالى ويفقد الاهتمام بكل نشاط وتحصيل وتتقطع صلاته بالأصدقاء والأقارب ، وقد يعتنق أفكارًا سياسية أو دينية متطرفة أو يتطرق إلى أسئلة فلسفية ، ولكنه فيما يقول أو يفعل يفتقد الإرادة والمثابرة والحماس . وقد يتوهم بنفسه الأمراض ويظل يتردد على الأطباء دون أن يقتنع بعدم وجود شىء به ، وغالبًا ما تكون هناك شبهة وراثة لمرضه فيكون أحد الوالدين فصامياً إن لم يكن كلاهما معًا .

٢-٦-٨ - أنواع أخرى الفصام :

بالإضافة إلى الأنواع السابقة هناك بعض أنواع الفصام الأخرى ، مثل :

* فصام ما بعد الصدمة Post- Traumatic Schizophrenia :

وهو عبارة عن فصام تفاعلى تؤدى إليه معاناة صادمة يلحق الشخص منها أذى فى بدنه أو يستشعر من جرائها عدم الأمان النفسى أو الاجتماعى ، وعندئذ يمتلئ بالقلق ويضطرب تفكيره ووجدانه وسلوكه .

* الفصام الحدى Borderline Schizophrenia :

وفى هذا النوع نجد المريض يفكر ويتصرف بشذوذ وغرابة ولا يحقق إلا أقل التوافق فى حياته ، كما يشكو من اضطرابات عصابية كأن ينفر من أشياء دون سبب ظاهر أو ينتابه قلق لا داعى له ، ويظل ما به على ما هو عليه طوال حياته لا يسوء ولا يتجاوب مع العقاقير ولا مع غيرها .

* الفصام المطعم Engrafted Schizophrenia :

هو ذلك النوع من الفصام الذى يصاحبه ويخالطه ضعف عقلى أو أى مرض عضوى آخر .

* الفصام النقال Ambulatory Schizophrenia :

حيث يوصف الفصام الذى يستطيع المريض به المشى والتنقل دون حاجة إلى عناية طبية خاصة بأنه فصام نقال ، فى مقابل الفصام الذى يلزم صاحبه الفراش ولا يستطيع الاعتناء بنفسه .

وهكذا وكما هو واضح أن هناك ثمة تداخل بل وأحيانًا تناقض بين بعض أنواع الفصام وهو الأمر الذى ألمح إليه الدكتور يحيى الرخاوى بقوله إن : « أنواع الفصام تختلف تبعًا للنمط الغالب للأعراض فيها حتى أن الأمر يصل إلى الحد الذى نجد فيه نوعًا يكاد يكون عكس النوع الآخر تمامًا (مثل الفصام البسيط فى مقابل الفصام البارانوى) ، كما أن أى نوع من أنواع الفصام يمكن أن يتطور (يصير) إلى نوع آخر ، فمثلاً نجد مريض الفصام البسيط قد يعانى من هلاوس وضلالات بارانوية ، تحت ضغوط حياتية معينة ، أو بعد نقلة مرضية ما ، وبالتالى يصبح أقرب إلى الفصام البارانوى أو الهبفرينى (التفسخى) ، وفى المقابل فإن الفصام البارانوى قد ينتهى إلى ما يسمى « بقايا أعراض» ، وهو ما أصبح يطلق عليه اسم « الفصام المتبقى » وهو أقرب ما يكون إلى الفصام البسيط[1] .

---

(١) يحيى الرخاوى (١٩٩٨) الفصام : إعادة قراءة فى مصطلح قديم . الإنسان والتطور . مرجع سابق . ص ١٠٥ .

٢-٧ - مسار ومآل الفصام :

جاء فى المراجعة العاشرة للتصنيف العالمى العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية ICD/10 التى أصدرتها منظمة الصحة العالمية[١] عام ١٩٩٩ أن : « بداية الفصام غالبًا ما تكون حادة مع سلوك مضطرب اضطرابًا شديداً ، أو متدرجة تتكون فيها مجموعة الأفكار والسلوك غير الطبيعية بشكل تدريجى ، كما أن مساره يتباين كثيراً ، وليس ضرورياً أن يكون مزمنًا أو متدهوراً » .

ويذكر سيلفانو أريتى Silvano Arieti[٢] أنه من الممكن تقسيم مسار الفصام إلى أربع مراحل أساسية - بافتراض أنه سيستمر دون توقف حتى يصل إلى حالة النكوص الشديد - على النحو :

المرحلة الأولى : تمتد من بداية فقدان المريض صلته بالواقع إلى أن تكتمل لديه الأعراض الفصامية .

المرحلة الثانية : ويبدو هنا المريض متقبلاً لحالته ، ولا تظل الأعراض المرضية مصدر انزعاج كما كانت من قبل ، وحياته تصبح مفتقدة للتلقائية ومحدودة النطاق أكثر فأكثر .

المرحلة الثالثة : هنا تفقد الأعراض حدتها الأصلية ، وتصبح متشابهة إلى حد كبير فى أنواع الفصام كافة حتى ليصعب التمييز بين بعض منها .

المرحلة الرابعة : يتسم سلوك المريض فيها بالاندفاعية وبالأفعال العكسية .

ومن جانبه ومن واقع الخبرة الذاتية والممارسة العملية لأكثر من خمسة وأربعين عامًا فى مجال الطب النفسى يصف الدكتور يحيى الرخاوى مسار الفصام مشيراً إلى أنه لا يتبع نمطًا واحداً وإنما يتخذ المراحل التالية[٣] : (أ) متصل (مستمر) ، (ب) نوابى مع

(١) منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض ICD/10 . مرجع سابق . ص ٩٤ .

(٢) أريتى ، سيلفانو (١٩٩١) الفصامى : كيف نفهمه ونساعده . مرجع سابق . ص٦٨ .

(٣) يحيى الرخاوى (١٩٩٨) الفصام : إعادة قراءة فى مصطلح قديم . مرجع سابق . ص ١٠٤ .

انتقاص الثبات ، (جـ) نوابى متفتر ، (د) فى نوبة إفاقة ناقصة ، (هـ) فى نوبة إفاقة كاملة ، وبالإضافة إلى كل ذلك فإنه يوجد حتمًا أن يكون دوريًا (نوابيًا) .

ويذكر الدكتور أحمد عكاشة أن ثمة صعوبة بالغة فى التنبؤ بمسار الفصام لأسباب عدة منها[1] :

١ - اختلاف الباحثين فى تقييم نتائجهم بالنسبة للشفاء ؟ هل الهدف الشفاء من الأعراض الكلينيكية فقط أى أن المرض هو العرض والعكس ، أم الشفاء من الأعراض وكذلك العودة إلى الحياة الطبيعية وممارسة الأنشطة الاجتماعية .

٢ - الانتكاسات والنوبات الدورية المميزة لمرض الفصام والذى قد يصبح بعد فترة ما مزمنًا ، فقد تجافى الأعراض المريض خمس سنوات فيظن أنه قد شفى تمامًا ثم نفاجأ بحدوث انتكاسة مع بداية السنة السادسة لأى سبب من الأسباب .

٣ - وجود كثير من العوامل المتداخلة التى تؤثر فى مدى تحسن المرض وتتفاوت تبعًا لنوع الفصام .

٤ - استمرار بعض المرضى فى تناول بعض العقاقير واستتباب حالتهم لسنوات عدة بشكل يغرى بالاعتقاد بتمام الشفاء ، ولكن ما تلبث الانتكاسات أن تحدث فور التوقف عن تناول هذه العقاقير .

٥ - اختلاف حالة وطبيعة كل مريض ومن ثم منحنى خط سير المرض عنده حسب عدد وحدة الانتكاسات التى تعرض لها منذ بداية المرض المشكوك أصلاً فى تاريخها بالتحديد .

ومثلما أن هناك صعوبة فى التنبؤ بمسار الفصام هناك صعوبة أيضًا فى التنبؤ بمآله ، فهو يختلف من حيث أنه قد يتوقف أو يتراجع فى أى مرحلة من مراحل تطور المرض ، ويمكن فى بعض الحالات أن نرى الشفاء كاملاً ، وإن كان ذلك نادرًا ، ومن المستغرب أن هذا الشفاء الكامل قد يتم بسبب العلاج أو دون علاج أصلاً .

---

(١) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ص ٣٠٥ ، ٣٠٦ .

وفى هذا الصدد تشير بعض الدراسات إلى أن حوالى ٢٥٪ من المرضى يشفون بعد النوبة الأولى ولا يعاودهم المرض مرة أخرى طوال حياتهم ، وأن ٥٠٪ معرضين لبعض النكسات ، وأن ٢٥٪ لا يستجيبون للعلاج ويعيشون ببقايا من الأعراض ، وإن أصبح مع تطور أنماط العلاجات المختلفة إمكان خروجهم للمجتمع واحتوائهم داخله ، وبشكل عام يمكن القول بأن هناك مجموعة من العوامل أو المحكات بعضها يرتبط بمرض الفصام ، والبعض الآخر يرتبط بمريض الفصام والظروف المحيطة به هى التى تحكم منحنى خط سير ومآل مرض الفصام ، ويمكن إجمالها فيما يلى[١][٢] :

أولاً : العوامل المرتبطة بمرض الفصام :

(أ) العوامل الحافزة أو المساعدة على المرض : تزيد نسبة الشفاء من الفصام الذى يسببه أحد العوامل الجسمية أو النفسية ، بينما تقل هذه النسبة فى حالة هؤلاء المرضى الذين أصابهم المرض دون مسببات خارجية أو داخلية .

(ب) الكيفية التى يبدأ بها المرض : فنسبة الشفاء من الفصام الذى تكون هجمته على الشخص فجائية وسريعة تكون أكبر من نظيراتها عند الشخص الذى يزحف عليه المرض ببطء وتدريجياً شيئًا فشيئًا حتى يجثم فوق نفسه ، كما أن الفصام الذى يحدث نتيجة أو مصاحبًا لظرف ما : فقدان وظيفة ، أو إنجاب طفل ، أو فسخ خطبة . . . إلخ ، ولعبت إلى جانب هذا الظرف عوامل أخرى قد يستعيد المريض توازنه عند زوال ذلك الظرف أو زوال تأثيره .

(جـ) نوع الفصام : حيث لوحظ أن مآل كل من الفصام الكتاتونى والبارانوى أفضل من الفصام البسيط والهيبفرينى ، فأنواع الفصام التى تحمل أعراضًا وجدانية قوية كالاكتئاب أو الابتهاج فضلاً عن تشوش الوعى ، فرصة التحسن فيها أفضل من الأنواع الأخرى التى تتضمن أعراضًا مثل : تبلد أو تجمد الانفعال ، واختلال الآنية وإدراك أبعاد العالم المحيط .

---

(١) المرجع نفسه ، ص ص ٣٠٧ ، ٣٠٨ .

(٢) أريتى ، سيلفانو (١٩٩١) الفصامى : كيف نفهمه ونساعده . مرجع سابق . ص ص١٨٠ ، ١٨١ .

ثانياً : العوامل المرتبطة بمريض الفصام :

(أ) العمر عند بدء المرض : فكلما كان ظهور المرض فى سن مبكرة وتحديداً سن المراهقة كلما تقلصت نسبة واحتمالات الشفاء منه ؛ نظراً لأن هجمته تأتى فى سن لم تكن الشخصية قد تشكلت ، كما لم يكتمل النضوج بعد ، بعكس المرضى الذين فى سن أكبر وتحديداً بعد الثلاثين حيث يعجل ذلك بالشفاء كما يحصنهم نضج الشخصية والتفكير بدفاعات تحول بعض الشىء دون اختراقات مرض الفصام لنفوسهم مرة أخرى فى شكل انتكاسات .

(ب) مستوى الذكاء : فكلما ارتفع مستوى ذكاء الشخص كلما كان ذلك بمثابة خط دفاع أمامى يحميه من غارات وهجمات مرض الفصام عليه ، وعامل مساعد يعزز الخطوات نحو الشفاء ، بعكس المرضى من المتخلفين عقلياً أو حتى منخفضى الذكاء .

(جـ) التكوين الجسمى : حيث تزيد فرصة التحسن والشفاء فى هؤلاء المرضى الذين يميلون للبدانة ، وتقل النسبة فى الجسم الواهن الضعيف .

(د) الشخصية : يتحسن المرضى ذوى الشخصية السوية المتكاملة ، فى حين نجد أصحاب الشخصيات غير المتكاملة أو الانطوائية تقل نسبة تحسنهم ، كما أن المريض المتسم بالقلق الواعى المحفز له على البحث عن حقيقة مرضه ، حظه أوفر فى الشفاء من المريض الآخر المتبلد انفعالياً ، كما أن المريض المتمتع بقدرة ما على الادعاء والكذب أقرب للشفاء من غيره ، وتفسير ذلك أن الضلالات على سبيل المثال هى بالنسبة للمريض واقع حقيقى لا ادعاء فيه ، ففى الحالات المتقدمة لا يستطيع المريض حين يسأل عنها أن ينكرها أو يكذب بشأنها لأنه لا يستطيع أن يفكر تجريدياً فيضع فرضاً متخيلاً ، فإنكاره لضلالات هى بالنسبة له حقيقة يتطلب قدرة على التجريد أو التصور الذهنى لمجموعة من الوقائع هى بالنسبة له غير حقيقية ، فعندما يصبح المريض قادراً على الكذب

بشأن تلك الضلالات فهذا يعنى أنه فى طريقه للشفاء ، كما أنه لن يظل يكذب طويلاً لأن الضلالات نفسها سرعان ما تختفى(١) .

(هـ) تاريخ العائلة : تنخفض فرصة شفاء الشخص الذى ينتشر مرض الفصام بين أفراد عائلته بعكس الآخر الذى لا يوجد تاريخ للإصابة بهذا المرض فى شجرة عائلته ، حيث تلعب الوراثة والجينات هنا دوراً مؤثراً .

(١) هناك مقولة كان يرددها الدكتور يحيى الرخاوى أثناء التطبيق العملى وهى « جعل المريض يقوم بتصديق اللى ما يتصدقش » بمعنى أن نتقبل ما يراه أو يسمعه أو يعتقده المريض من هلاوس وضلالات ، ثم نتفق معه على ترك كل ذلك جانبًا ثم كتابة مجموعة من الجمل أو العبارات التى من شأنها تعميق بعض المفاهيم السليمة فى وعيه المعرفى ، على الرغم من تسليمنا معه بعدم صحتها أو جدواها (من وجهة نظره بالطبع) وشيئًا فشيئًا ومع مزيد من التكرار والترديد يتدعم فحوى ودلالة تأثير هذه الجملة وتدخل فى نسيج شخصيته ويحدث التبصر بها حتى ولو دون وعى من المريض نفسه ، بمعنى آخر أننا نحث المريض أن يكذب شعورياً Concisely وعن عمد فى تعامله مع ما يعانيه من أعراض المرض ، وبمرور الوقت ومع التعود ، يصبح هذا الكذب لاشعورياً Unconcisely وبغير عمد ليس كذبًا ، وإنما جزءاً من الحيل الدفاعية التى ينتهجها المريض للتحايل على المرض والتعايش معه ، مع مراعاة ضرورة أن تكون نقطة البدء دائمًا فى هذا السياق من عند المريض فنبحث فى قاموسه اللغوى وفى ضوء التشخيص الكلينيكى لحالته ساعين من خلال ذلك وفى ضوئه إلى وضع أيدينا على المصطلحات أو التعبيرات ذات الدلالة والمرتبطة بحالته ، ومن ثم فمن خلال إعادة صياغة كل منها ومطالبة المريض بتكرار بعض الجمل ذات الدلالة كتابة ونطقًا يتم ترسيخ مفهوم معين على مستوى أحد ذواته سواء بوعى أو لا وعى من جانب المريض ، مثال ذلك :

حال مريض فصام كان ينكر صراحة انتسابه لأبيه وأمه الفعليين وينسب نفسه لآخرين ، فبعد مروره ببرنامج علاج كيميائى وجلسات تنظيم إيقاع المخ وعقد جلسات علاج مكثفة معه ، واستخلاص تعبيرات ذات دلالة من سياق كلامه هو وملاحظة تعاظم شعورى : الكره الدفين للوالد واستمراء تدليل الأم ، فرض عليه كتابة الجملة التالية أكثر من مائة مرة وترديدها بصوت عال : « من حقى أكره أبويا لكن مش من حقى أغلط فيه ، ومن حقى أمى تحبنى لكن مش من حقها تضربنى » وقد أثمر ذلك بشكل إيجابى فى البرنامج العلاجى الكلى له وكذا استبصاره بمرضه والذى يعتبر أول خطوة على طريق الشفاء .

(و) الحالة الأسرية : وجد أن مريض الفصام المحمل أفراد أسرته بشحنات انفعالية كبيرة وقوية سواء بالحنان أو العدوان أو النقد أو الحماية والرعاية الزائدة عن الحد بشكل مفرط يكون أكثر عرضة للنكسات المرضية المتكررة فى كل مرة يحرز تقدمًا على صعيد الشفاء من المرض ، بخلاف نظيره الذى حالفه الحظ وحباه الله بأفراد أسرة أسوياء انفعالياً .

ويشكل عام ومقارنة بين الاتجاهات المختلفة للعلاج النفسى وقضية تفضيل أى المدارس : السلوكية ، أم التحليل النفسى أم غيرها فى الخطة العلاجية لمرضى الاضطرابات النفسية يذكر البعض[1] أن ثمة « صعوبة بالغة للمقارنات بين العلاج السلوكى أو التحليل النفسى أو أية طريقة أخرى ، بل نرى هذه الصعوبة البالغة لا تقتصر على المقارنة بين فعالية الطرائق المختلفة بل إنها تنسحب أيضًا على مقارنة الطريقة نفسها بين معالجين مختلفين أو حتى بالنسبة لمعالج واحد مع مرضى مختلفين ، أو حتى إذا ما قمنا بتثبيت عوامل المستوى الاقتصادى والاجتماعى ونوعية المرض وشدته، ومدة العلاج ، ومدة التتبع ، ومحكات الشفاء أو التحسن . . . إلى آخر ذلك من العوامل ، فإنه يكون من المستحيل علينا تثبيت العلاقات بين الشخصية (مريض - معالج) والتى تنشأ بين مريض معين ، ومعالج معين ، وتختلف بين مرض آخر ومعالج آخر أو حتى مع المعالج نفسه (حال اختلاف الظروف) »[2] .

---

(١) حسام الدين عزب (١٩٨١) العلاج السلوكى الحديث : تعديل السلوك : أسسه النظرية ، وتطبيقاته العلاجية والتربوية . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٨١ . ص ٢٦٨ .

(٢) « فى إطار العلاقة بين الطبيب والمريض الذى يعانى اضطرابات عضوية وعقلية ، يشدد البعض على الدور العلاجى الذى يمارسه الطبيب ، من دون قصد ، بمجرد حضوره فقط » : « الطبيب هو دواء فى ذاته » .

المصدر :

- سورينا ، جان شارل (٢٠٠٢) تاريخ الطب : من فن المداواة إلى علم التشخيص / تأليف جان شارل سورينا ؛ ترجمة إبراهيم البجلاتى . الكويت : المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب ، ٢٠٠٢ . (علم المعرفة ؛ ٢٨١) ص ٣٦١ .

٢-٨ - التشخيص الفارقى :

يرى الدكتور يحيى الرخاوى أن التشخيص الفارقى هو ببساطة احتمال أو تشخيص آخر ، إلا أنه أقل ترجيحًا من التشخيص الأساسى المعول عليه ، وتعريفياً يقصد بالتشخيص الفارقى التمييز بين مرضين متماثلين ، باكتشاف العرض الذى يتسم به أحدهما دون الآخر[١] ، وتأسيساً على ذلك نجد أنه فى حالة الفصام ونظراً لتدخل كثير من العوامل الجسمية والغدية ، والكيميائية والعضوية فى إحداث المرض فيجب قبل التسليم بأن تشخيص ما يعانيه المريض من أعراض يدل على إصابته بالفصام ، التأكد تمامًا من سلامة جميع أجهزة الجسم حتى لا تكون هذه الأعراض ثانوية لمرض عضوى أو عقلى آخر ، ومن أمثلة هذه الأمراض ما يلى[٢] :

(أ) أمراض المخ العضوية ، مثل :

أ.١ - أورام الفص الجبهى والصدغى فى المخ وتصلب الشرايين .

أ.٢ - زهرى الجهاز العصبى .

أ.٣ - الحمى المخية .

أ.٤ - الصرع .

أ.٥ - الإيدز .

(ب) الذهان العضوى ، والذى قد تؤدى إليه بعض الأمراض مثل :

ب.١ - بعض الحميات : كالصفراء ، التيفود ، الملاريا .

ب.٢ - ذهان الولادة .

ب.٣ - أمراض الغدد الصماء .

(جـ) تناول بعض العقاقير الكيميائية ، مثل :

جـ.١ - عقاقير الهلوسة (L. S. D.)

جـ.٢ - الكوكايين والهيروين .

جـ.٣ - المسكالين والكحول .

(1) Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p222.

(٢) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ص ٣٠٩ ، ٣١٢ .

(د) الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب (ذهان الهوس والاكتئاب) .

(هـ) اضطرابات الشخصية .

(و) الأمراض العصابية .

(ز) نوبات أو هوس المراهقة .

٢-٩ - العلاجات المختلفة:

بادئ ذى بدء ينبغى تأكيد أن الفصام من الأمراض التى يستلزم علاجها التحلى بأكبر قدر من الصبر والمثابرة من جميع الأطراف : الأسرة ، الفريق الطبى المعالج ، وأخيراً المريض (فى حالة استبصاره بمرضه) ، والمجتمع (فى حالة وعيه بخطورة المرض وتحمل أفراده المسئولية التشاركية) .

على أية حال ففى مستهل الحديث عن العلاج ينبغى تأكيد أن علاج الفصام بصفة خاصة ، والأمراض النفسية بوجه عام يحتاج إلى تكامل العلاجات البيولوجية والنفسية والاجتماعية والبيئية فى منظومة شاملة ، وعليه فإن مقولة « ليس بالدواء وحده يشفى المريض » ذات مغزى وتمثل فكراً أساسياً ليس فقط فى علاج الفصام ، لكن أيضًا فى فهم طبيعة المرض النفسى وكيفية العلاج وهى مقولة تثبتها الممارسة الكلينيكية يومًا بعد يوم وفى أماكن شتى ، يعضد ذلك ويثرى فعاليته ما ألمحت إليه إحدى الدراسات[1] من أن المنظومة العلاجية المشتملة على العلاجات النفسية والاجتماعية والبيئية إلى جانب العلاجات الدوائية تؤدى إلى تحسن مسار المرض فيما لا يقل عن ٥٠٪ من مرضى الفصام وخفض تكاليف علاجه بما لا يقل عن ٢٧٪ ولسنا فى حاجة إلى تأكيد حاجة مرضى الدول النامية ومن بينها مصر إلى مثل هذا الخفض فى تكلفة العلاج ؛ خاصة مع دنو شبح اتفاقية الجات سيئة السمعة وما سوف تلقى به من ظلال قائمة على صناعة الدواء من ارتفاع هائل فى الأسعار بحلول عام ٢٠٠٥ .

(١) مايس ، أولرش (١٩٩٦) رؤية لاحتياجات علاج الفصام/ أولرش مايس ، ولفجانج فليشاكر . المجلة البريطانية للطب النفسى . مج ١٦٨ ، (ملحق ٢٩) ١٩٩٦ . ص ص ٩ - ١٦ . نقلاً عن : أحمد حسين ، مقتطفات علمية . مرجع سابق . ص ١٥١ .

وفيما يلى عرض موجز لأنماط العلاجات المختلفة لمرض الفصام مع تأكيد أنه هنا يتم علاج مريض بالفصام وليس مرض الفصام ، بمعنى أنه لا يوجز ما يمكن أن نطلق عليه علاج جاهز لكل الحالات ، وإنما يتم بناء وتنظيم كل برنامج علاجى لكل مريض حسب نوع الفصام الذى يعانى منه ، وطبيعة ونوع وشدة الأعراض ، والحالة الاجتماعية والظروف الأسرية ، ونوع العمل ، والسمات الشخصية :

١ - العلاج الوقائى[١][٢] :

يسير العلاج الوقائى للفصام فى ثلاثة خطوط متوازية هى :

(أ) الوقاية الأساسية : التى تهدف إلى إزالة الأسباب المهيئة التى تؤدى إلى إمكان حدوث الفصام ، أو تزيد الاستعداد للإصابة به ، مثل : الأسباب الوراثية ؛ فينبغى الحد قدر المستطاع من زواج الفصاميين حيث تتراوح نسبة المرض بين الأولاد ما بين ١٠-١٥٪ ، وترتفع هذه النسبة إذا كانا أقارب ، ومن الأسباب أيضًا الظروف البيئية غير الملائمة المحيطة بعملية التنشئة ، والمشكلات الاجتماعية المصاحبة لعملية النمو ، وحاليًا وفى ظل البحوث الجارية على قدم وساق لوضع خريطة الجينوم البشرى ، يفكر بعض العلماء فى إمكانية إجراء تعديلات جينية فى الحامض النووى DNA للشخص الذى يتأكد من خلال فحص خريطته الجينية أنه يحمل الجين الوراثى الخاص بمرض الفصام[٣] .

(ب) الوقاية ذات البعد الطولى : التى تهدف إلى مساعدة الفرد طوال حياته ؛ خاصة فى المرحلة المبكرة منها ، على تجنب الظروف ، والأحداث ، والأوضاع المستديمة التى من شأنها أن تعجل بالإصابة بالمرض أو على الأقل التهيؤ للإصابة به ؛ سواء بتأهيل ومتابعة الفرد لتقبل والتواؤم مع الظروف غير الملائمة التى قد تعترض خط سير حياته

(١) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ٣١٤ .

(٢) أريتى ، سيلفانو (١٩٩١) الفصامى : كيف نفهمه ونساعده . مرجع سابق . ص ص٢٢٦ ، ٢٣٦ .

(٣) أشير إلى ذلك فى الندوة العلمية التى عقدت بمستشفى دار المقطم للصحة النفسية فى شهر أبريل عام ٢٠٠١ وتناولت موضوع « الديناميات النفسية Psychodynamics » .

ومعيشته أو مساعدته على محاولة تعديل الأحوال الاجتماعية والأسرية التى تجعل منه فريسة للمرض .

(جـ) الوقاية وقت الأزمات : التى تهدف إلى مساعدة الشخص ذى الاستعداد للفصام على تجنب الضغوط التى قد تؤدى إلى إصابته فعليّاً بالمرض ، وهذا النوع من الوقاية من أعقد الأنواع الثلاثة حيث أنه من الصعب التنبؤ بالأحداث التى تسبب تلك الضغوط ، كما أنه من الصعب أيضًا التنبؤ بالشخص ذى الحساسية والشخصية الهشة القابلة للانفصام من جراء تعرضه لحدث قد يمر على كثيرين غيره كأن لم يكن ، وحتى إذا حالفنا الحظ وحددنا ملامح أحداث معينة من شأنها أن تودى بتماسك شخصية فرد بعينه ، نظراً لاستعداده للإصابة بالفصام فسوف يحول بيننا وبين محاولاتنا لتجنيبه الانهيار أمام هذه الأحداث والملابسات ، عوائق شتى فى مقدمتها : حرية الفرد وحقوقه الدستورية التى تحمى هذه الحرية ، بالإضافة إلى أنه إذا أمكننا منعه من الإقدام على تصرف معين هو يريده ، فقد يؤثر ذلك على معنوياته بدرجة قد تؤدى هى فى حد ذاتها إلى تعرضه لنوبة مرضية .

٢ - العلاج الكيميائى بالعقاقير :

يعتقد كثير من المعالجين أن مرض الفصام منشأه اختلال فى الكيمياء الحيوية للمخ ، فى حين يرى فريق آخر أن تلك التغيرات إنما هى نتيجة للفصام وليست سببًا له ، تمامًا مثلما أن اختلال التمثيل الغذائى لدى مريض السكر ، يحدث نتيجة للمرض وليس سببًا له ، على أية حال فمما لاشك فيه أن ثمة تغيرات فى كيمياء المخ تحدث لمريض الفصام ، ومن هنا كانت البحوث والدراسات تحاول تصحيح تلك التغيرات باستحداث العقاقير الملائمة[1] .

عادة ما تسهم العلاجات الكيميائية باستخدام العقاقير فى الحد بدرجة ملحوظة من بعض الأعراض المرتبطة بمرض الفصام مثل : الهلاوس ، الضلالات ، اضطراب

(١) أريتى ، سيلفانو (١٩٩١) الفصامى : كيف نفهمه ونساعده . مرجع سابق . ص ١٣٠ .

التفكير ، السلوكيات الظاهرية الشاذة ، وتشير إحدى الدراسات[1] إلى أنه دون العلاج الكيميائي فإن ما بين ٧٥٪ إلى ٨٠٪ من المرضى سوف يتعرضون لانتكاسات مرضية حادة تتكرر خلال عامين ، وتؤكد إحدى الدراسات على أهمية مواظبة مريض الفصام على تناول العلاج الكيميائي ؛ لأن ذلك يجعل نسبة عدم دخول المصحات العقلية مرة ثانية هي ٦٠٪ مقارنة بمن يتقاعسون عن الالتزام ببرنامج العلاج الكيميائي المحدد المعد لهم حيث تنخفض احتمالية عدم الدخول بالنسبة لهم إلى ٢٠٪[2] .

وقد وضع المعهد القومي للصحة العقلية بأمريكا العقاقير الكيميائية على رأس قائمة العناصر الأساسية السبعة اللازمة لأي برنامج للعلاج موجه لمريض الفصام وهي[3] :

١ – عقاقير أساسية تتمثل في : مضادات الذهان Antipsychotic بأنواعها ، وتأثيراتها المختلفة .
٢ – عقاقير إضافية تتمثل في : مضادات الاكتئاب ، والقلق ، والعدوانية .
٣ – العلاج باستعادة إيقاع المخ (جلسات الكهرباء) .
٤ – العلاجات النفسية .
٥ – إسهام ومشاركة أفراد أسرة المريض .
٦ – التأهيل المهني .
٧ – العلاج المجتمعي الحاسم .

وتتأتى أهمية العلاج الكيميائي بالعقاقير من أنه كلما أسرع بالعلاج بها كلما كانت النتائج المتحققة صوب إحراز الشفاء أكبر وأفضل ، فمريض الفصام الذي يتناول

(1) Thornton, John F. (1997) Schizophrenia: Rehabilitation. http://www. mentalhealth.com/book/p42-sc.html (Cited 23/4/2001).

(2) Torrey, E. Fuller (1995) Experts from «Surviving Schizophrenia» . http:// www.mentalhealth.com/book/ p. 40- sc03.html (Cited 23/4/2001).

(3) Nidus Information Service (2000) Schizophrenia: Your Complete Well- Connected Guid.http://www.schizophrenia.mentalhelp.net/schizophrenia/schizotoc.html (Cited 8/5/2001) .

مضادات الذهان وغيرها من العقاقير الكيميائية خلال النوبة الأولى لهجمة المرض عليه أقل عرضة للاحتجاز بالمستشفى خلال الخمس سنوات التالية ، كما يستنفذ وقتًا أقل كى يتحكم فى الأعراض المصاحبة للمرض مقارنة بغيره من المرضى[1] ، كما أن هذا العلاج الدوائى هو الذى يؤهب المريض ويجعله مستعدًا بشكل ملائم لتقبل العلاجات الأخرى وفى مقدمتها العلاج النفسى ، حيث يوجد لديه إحساس بالمسافة بينه وبين الأعراض المرضية فيصبح أقل انشغالاً بها ، وأكثر قدرة على إقامة علاقة مع المعالج ، وعلى الإنصات واستيعاب ما يقوله هذا المعالج له ، وفى الحالات المرضية الحادة التى تتسم بالهياج الشديد وعدم الاستقرار حيث لا يدرى المريض بوجود المعالج أصلاً ، يعتبر إعطاء العقاقير لضبط حالة المريض وتهدئته أمرًا وجوبى لا بديل عنه[2] .

وإذا ما تعمقنا بدرجة أكبر فى الحديث عن طبيعة العقاقير التى تعطى لمريض الفصام فسنجد أنه[3][4] حتى فترة قريبة كانت مضادات الذهان - وكما أشير سابقًا فى العوامل الكيميائية المشاركة فى إحداث الإصابة بالفصام - تعمل من خلال إعاقة توصيل الدوبامين الذى تؤدى الزيادة فيه إلى ظهور أعراض الفصام ، وذلك بأن ترتبط بمستقبلات الدوبامين فتمنع اكتمال الشكل التركيبى ، ومن ثم تسهم إلى حد كبير فى التغلب على الأعراض الموجبة للفصام مثل : الهلاوس والضلالات والهياج والعدوانية . . . إلخ ، لكن على الرغم من هذا النجاح الذى أحرزته هذه المضادات ، فقد لوحظ أنه علاوة على أنها لم تنجح بالدرجة نفسها فى تقليل الأعراض السالبة : كالانسحاب العاطفى والاجتماعى . . . إلخ ، يترتب على تناولها حدوث نوعين من الآثار الجانبية Side Effects : النوع الأول ويسمى Extrapyramidal : ويتمثل فى

(1) Ibid .

(٢) أريتى ، سيلفانو (١٩٩١) الفصامى : كيف نفهمه ونساعده . مرجع سابق . ص ١٣١ .

(٣) أريتى ، سيلفانو (١٩٩١) الفصامى : كيف نفهمه ونساعده . مرجع سابق . ص ص ١٣٤ ، ١٣٥ .

(4) Nidus Information Service (2000) Schizophrenia: Your Complete Well- Connected Guide.http://www.schizophrenia.mentalhelp.net/schizophrenia/schizotoc.html (Cited 8/5/2001) .

جفاف الحلق وتصلب فى وجه المريض ، وفى وضع جسمه ، وطريقة مشيته ، مع تيبس المفاصل وانقباض عضلى لاإرادى فى الذراعين والساقين ، كذلك قد تدور عيناه إلى أعلى مع إحساس بزغللة فى العينين - فى الأيام الأولى - وصعوبة فى القراءة خاصة للأحرف الصغيرة ، وزيادة فى عدد ساعات النوم وخمول .

أما النوع الثانى من الآثار الجانبية فيطلق عليه Tardive Dyskinesia : وهو يحدث لقلة من المرضى وهم الذين يتناولون مضادات الذهان لفترة طويلة ويتمثل فى : رعشة لاإرادية فى الشفاه ، واللسان ، والوجه وبعض أجزاء الجسم .

وللحد من هذه الأعراض الجانبية لأدوية الفصام تعطى أدوية أخرى مثل : بنزوتروبين ، بروسيكلدين ، كما أمكن مؤخراً استحداث أنواع جديدة من مضادات الذهان اعتمدها ووافق على طرحها فى سوق الدواء الاتحاد الأمريكى للطب النفسى American Psychiatric Association - APA ذات فعالية أكبر فى إخفاء أعراض الفصام بنوعيها الموجبة والسالبة وآثارها الجانبية أقل حدة ، ومن أبرزها : كلوزابين (ليبونكس) Clozapine ، ريسبريدون Risperidone ، أولانزبين Olanzapine[1] .

٣ - العلاج النفسى :

يقصد بالعلاج النفسى أى « علاج المرضى النفسيين باستخدام أساليب نفسية بحتة (أى دون استخدام عقاقير أو جلسات كهربية أو جراحة) ، وسواء قام بذلك محللون نفسيون أو معالجون نفسيون ينتمون إلى مدارس علمية مختلفة سواء من حيث المنهج أو الأسلوب المستخدم ، أو الفترة الزمنية المستنفذة فى العلاج أو درجة العمق والشمول والهدف المرجو تحقيقه ، وهو يركز فى الأساس على الجوانب الشعورية والذهنية عن طريق التواصل اللفظى بين المريض والمعالج . ومن أبرز الأساليب المستخدمة فى العلاج النفسى : الإيحاء ، التطهير ، الإقناع العقلى ، الاستبصار بالذات (تحقيقًا لشعار اعرف

(1) American Psychiatry Association (1997) The Practice Guide for the Treatment of Patients with Schizophrenia .http://www.schizophrenia.com/newsletter/ 497/497 apa.html (Cited 10/5/2001) .

نفسك) ، ويعتبر كل من : العلاج التدعيمى ، والعلاج السلوكى ، والعلاج المعرفى أشكال من العلاج النفسى[١][٢] .

وتكمن أهمية وجوهر العلاج النفسى بالنسبة لمريض الفصام فى أن عدداً ليس بالقليل من مرضى الفصام عادة ما يكون لديهم بذرة من التبصر بالحقيقة – أياً كانت هذه الحقيقة ، وهنا يأتى دور المعالج بالقراءة كى يحافظ على هذه البذرة ويرعاها ويسقيها ويزيح ما يعترض طريق نموها – لتصير نبتة صغيرة فشجرة وارفة – من أحجار وحصى الهلاوس والضلالات وسوء التأويل للأحداث من حوله ، هذا وإلا ستظل هذه النبتة مطمورة داخل نفسه وعقله حتى تتيبس ثم تختنق وتموت ويموت معها إحساسه بالحياة رغم وجوده فيها .

وبدرجة الأهمية نفسها يحتاج مريض الفصام العلاج النفسى بعد شفائه ، وفى هذا الصدد يذكر الدكتور أحمد عكاشة أن : المريض يحتاج للعلاج النفسى بعد شفائه حيث أنه يفقد الثقة فى نفسه ويتبين له أنه أصيب بمرض عقلى ، ويخشى نظرة المجتمع إليه ، ويبدأ ثانياً فى الانعزال مما يعرضه لنكسة أخرى والدخول فى دائرة مفرغة لا تنتهى ، وهنا يجب أن يتدخل الطبيب بعد اختفاء الأعراض واستبصار المريض ، ويحاول إعادة ثقة المريض فى ذاته ، وأنه يستطيع أن يحيا كفرد عادى ، وهنا يأتى دور العلاج النفسى فى مرحلة النقاهة ، وإلا فلن يستطيع المريض مواجهة الواقع ، ومجابهة الحياة بأمل متفتح ، ويصبح لزاماً عليه الانزواء فى أحد أركان المجتمع دون طموح وعرضة لنكسات ثم نكسات[٣] .

وتشير الإحصاءات إلى أن مريضاً واحداً فقط من بين كل خمسة مرضى بالفصام يستجيب للعلاج الكيميائى إذا اعتمد عليه منفرداً[٤] ، ومن هنا كانت ثمة ضرورة حتمية

(١) فرج عبد القادر طه (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى . مرجع سابق . ص ص ٥٠٨ ، ٥٠٩ .

(٢) أريتى ، سيلفانو (١٩٩١) الفصامى : كيف نفهمه ونساعده . مرجع سابق . ص ١١٦ .

(٣) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ٣١٥ .

(4) Nidus Information Service (2000) Schizophrenia: Your Complete Well- Connected Guide.http://www.schizophrenia.mentalhelp.net/schizophrenia/schizotoc.html (Cited 8/5/2001) .

لوجود علاجات أخرى مكملة لا تقل فى أهميتها عن العلاج الكيميائى ، ومن أبرزها العلاج النفسى .

وتلمح الدكتورة منى الرخاوى من خلال مراجعتها للنتاج الفكرى حول العلاج النفسى لمرضى الفصام إلى أن هذا النمط من العلاج يقوم أساسًا على فهم متعمق وتفسير جلى للاضطراب والذى يتم فى ضوئه رسم خط سير العلاج ، كما أن توقيت ونمط وشكل العلاج النفسى المستخدم لعلاج الفصام ينبغى وأن يراعى الطبيعة الخاصة للمريض ، ونوعية الأعراض التى يعانى منها ، والمرحلة المرضية التى يمر بها ، دون إغفال لتاريخ المرض ، وأسبل العلاج المختلفة[1] .

ومن جانبه يشير سيلفانو أريتى Silvano Arieti إلى أن العلاج النفسى الدينامى هو أنسب العلاجات النفسية وأكثرها استخدامًا فى حالات الفصام ، وهو يختلف فى كثير من النواحى عن التحليل النفسى الفرويدى بصورته التقليدية ، إذ قد لا يتطلب أربع أو خمس جلسات أسبوعياً ، وإنما يتم بخطة علاجية تحدد وفقًا لاحتياجات المريض التى يتم استظهارها من خلال دراسة القوى النفسية المحركة التى تمتد جذورها إلى أحداث وقعت فى الحياة الباكرة للشخص ، والطريقة التى فسر بها هذا الشخص تلك الأحداث وتتابعها على خط متصل حياته[2] .

ثم يؤكد على أن العلاج النفسى الناجح هو الذى يؤدى أولاً إلى أن يتخلص المريض من أعراضه ، ويؤدى ثانيًا إلى قبول الذات ، فقبول مريض الفصام على وجه التحديد لذاته قبولاً حقيقيّاً هو أهم مؤشرات التحسن ، وهو وحده الذى يرفع احتمالات عدم تعرضه للانتكاسات أو على أسوأ تقدير يباعد فترات تعرضه للانتكاس ، وإذا كانت غاية كل معالج خارج نطاق العلاج النفسى هو العودة بالمريض إلى الحالة التى كان عليها قبل أن يهاجمه المرض ، فالأمر يختلف بالنسبة للمعالج النفسى حيث يتطلع إلى ما هو أبعد من ذلك ، ببساطة لأن حالة الشخص الفصامى مثلاً قبل المرضية كانت

(1) El Rakhawy, Mona (1991) Psychotherapy for Schizophrenics: A Theoretical Review. Master Thesis. Faculty of Medicen- Cairo University, 1991. pp. 185, 186 .

(٢) أريتى ، سيلفانو (١٩٩١) الفصامى : كيف نفهمه ونساعده . مرجع سابق . ص ١١٧ .

فى واقع الأمر مرضية أو على الأقل إرهاصة للمرض ، حيث كانت تتضمن خصائص غير فصامية وقبل فصامية جعلت الشخص عرضة للفصام ، ومن ثم فمن غير المجدى هنا العودة بالمريض إلى حالته قبل المرض ، بل الأصح أن نعيد بناء وصياغة نموذج صحى وصحيح لحالة مثلى جديدة يتلفح بها المريض ويلتزم بأبعادها(١) .

وإذا ما ركزنا على العلاج المعرفى كأحد أنماط العلاج النفسى لمريض الفصام فسنجد أنه وإن كان يوصف بأنه علاج مساند ومكمل للعلاجات الأخرى ؛ خاصة العلاج الكيميائى بالعقاقير والعلاج بجلسات استعادة إيقاع المخ (الصدمات الكهربية) ، فهل هذا يعنى أنه علاج هامشى أو إضافى يمكن الاستغناء عنه أو الاكتفاء مثلاً بالعلاج بالعقاقير فقط ، الإجابة مؤكدًا بالنفى ، لأسباب عدة أهمها هو : أين سيجد المريض إجابات لزخم التساؤلات الذى يعج بها رأسه وتعتمل فى نفسه بدرجة قد تحول دون تقبله أساسًا للعلاجات الأخرى ، ومن أمثلة هذه التساؤلات : لماذا أنا بالذات أصابنى هذا المرض ؟ وهل هناك من أصيبوا بما أصابنى ؟ كم نسبتهم ؟ وكم نسبة من شفى منهم ؟ وما نسبة شفائى أنا فى المرحلة الحالية التى وصلت إليها ؟ وما مدى خطورة وحدة الآثار الجانبية التى سوف أعانى منها بتأثير العلاج الكيميائى أو جلسات كهربية ؟ وهل تكرار الجلسات الكهربية سيضعف من ذاكرتى أو قد يميتنى يومًا ما أثناء أخذى لها ؟ وهل هذا المرض معدى ؟ أو يحول دون زواجى ؟ وإذا تزوجت هل سيكون لى القدرة على الإنجاب ؟ وإذا أنجبت هل سيرث أولادى عنى هذا المرض ؟ . . . إلخ ذلك من التساؤلات الأشبه بالجحيم الذى يتحرق فيه المريض فى كل مرة يستعيد توازنه ووعيه ويفيق من إحدى انتكاسات المرض وأعراضه الحادة ، ولن يرحمه من هذا الجحيم سوى العلاج النفسى المعرفى المبرمج والقراءات الملائمة البعيدة كل البعد عن الإرشادات العلاجية المستفزة ، والتعليمات المحرضة على كسرها ، وإنما هى قراءات نابعة من الواقع الفعلى تمثل خلاصة خبرات وتجارب مرضى آخرين بعضهم عانى مما يعانى منه هذا المريض ثم شفى تمامًا ، والبعض الآخر مازال يعانى ولكنه استطاع التواؤم والتعايش مع المرض ومصادقة أعراضه بدلاً من بذل جهد غير مجد فى مقاومتها ، فاستطاع

(١) المرجع نفسه . ص١٢٩ .

استضافتها فى بعض الأحيان ، وطردها بعيدًا فى أحيان أخرى ، حتى صارت ملك يمينه ، فضبط توقيت الزيارة وعدم الزيارة (غالبًا ما تسفر هذه الطريقة مع المواظبة الجادة من جانب المريض ، والمتابعة الحثيثة من جانب فريق العلاج عن اختفاء هذه الأعراض تمامًا وليس إبدالها Substitute بأعراض أخرى طالما ظلت الأسباب الكامنة وراء هذه الأعراض كما هى بغير علاج) .

فى هذا الصدد تؤكد بعض الدراسات الميدانية[١] ما ذكر آنفًا بشأن أهمية الدور الذى يلعبه العلاج النفسى المعرفى فى مرض الفصام ، عن طريق إسهامه بشكل واضح (من خلال التدريبات القرائية/ الكتابية ، وملاحظة الذات) فى إيجاد نمط من التفكير التحليلى لدى المرضى استطاعوا من خلاله استيعاب واحتواء منشأ وطبيعة الهلاوس السمعية التى كانوا يعانون منها ، من خلال تسجيل طبيعة وملامح تلك الأصوات وكذا تدوين التوقيتات التى تعاودهم فيها ، واكتساب الطرق المناسبة والمجدية التى تجعلهم يستطيعون احتوائها ولا تفسد عليهم حياتهم من آن لآخر[٢] ، كما يتعلم المريض أيضًا كيف يفكر بشكل موضوعى فى مصدر الضلالات التى تؤرقه ، كذلك يدرب على بذل جهد ذهنى أكبر بعض الشيء فى العثور على رابطة بين الأفكار والموضوعات التى كثيرًا ما يقفز بحديثه فيما بينها .

كما انتهت عدد من الدراسات الميدانية حول مرض الفصام[٣][٤] إلى ثبوت أهمية الدور الفعال الذى يلعبه العلاج النفسى المعرفى السلوكى Cognitive Behavioral

(1) Nidus Information Service (2000) Schizophrenia: Your Complete Well- Connected Guide.http://www.schizophrenia.mentalhelp.net/schizophrenia/schizotoc.html (Cited 8/5/2001) .

(٢) هذا هو ما تحقق بالفعل فى المسار الأول من البرنامج المقترح للعلاج بالقراءة الوارد فى الباب الخاص بالتطبيق العملى ، حيث صرح المريض فى المقابلة الكلينيكية التقييمية باختفاء الهلاوس السمعية التى كان يعانى منها بعد التزامه بما تعلمه وتدرب عليه فى إطار البرنامج القرائى ، ومواظبته على التعامل معها بطريقة المصاحبة بدلاً من المقاومة التى ثبت أنها تجعلها تتفاقم .

3) Nidus Information Service (2000) Schizophrenia: Your Complete Well- Connected Guide.http://www.schizophrenia.mentalhelp.net/schizophrenia/schizotoc.html (Cited 8/5/2001) .

(٤) أشير إلى ذلك فى الندوة العلمية التى عقدت بمستشفى دار المقطم للصحة النفسية فى شهر يناير عام ٢٠٠٢ وتناولت موضوع « ملامح العلاج النفسى المعرفى لمرض الاكتئاب Aspects of Cognitive Behavioral Psychotherapy for Depression » .

Psychotherapy ، فى علاج الأمراض النفسية ومن بينها الفصام والذى أمكن إثباته والتحقق منها عملياً من خلال رصد بعض التغيرات البيولوجية والكيميائية فى المخ - قبل انقضاء المدة الزمنية المتوقع أن يحدث العلاج الكيميائى أثره بعدها - كاستجابة ورد فعل لهذا النمط من العلاج ، والتى سبق الحديث عنها تفصيلياً فى الفصل الخاص بالفصام، وذلك باستخدام أجهزة الرنين المغناطيسى ، وهكذا لم تعد الجهود البحثية الآن تنحو إلى إثبات جدوى وفعالية هذا النوع من العلاج مقارنة بالأنواع الأخرى باعتبار ذلك أصبح أمراً مفروغًا منه ، وتم توجيه تلك الجهود إلى دراسة الأساليب والآليات والأدوات والاختبارات المعرفية والسلوكية التى يمكن ابتداعها وتصميمها فى إطار وتحت مظلة هذا العلاج ، والتى من أبرزها : « ملاحظة الذات » والتى تتم فى ضوء العمل لتحقيق هدف أساسى أشمل هو تصحيح المفاهيم والمعتقدات الخاطئة لدى المريض سواء أكانت تدور حول ذاته أو حقيقة مرضه أو العالم المحيط به بمفرداته المختلفة ، ويطلق على أسلوب التصحيح هذا بالدحض المستمر للأفكار Continual Refutation of Thoughts وهو يتم بهدف الاطلاع على الجوانب السلبية أو المبالغ فيها فى تفكير المريض، ومن ثم يكون الطريق ممهداً لاستبدالها بأفكار واقعية تلائم الموقف[1] ، وعادة ما يتم تدغيم هذه الأفكار الجديدة الصحيحة وتثبيتها فى ذهن المريض من خلال تكليفه ببعض « التدريبات القرائية / الكتابية » والتى يطلق عليها اصطلاحًا الواجبات المنزلية Home Work[2] .

والفكرة الرئيسة التى تعتمد عليها أساليب تعديل التفكير والتى اتفقت حولها وجهات النظر المختلفة لأصحاب مناهج البحث المتعددة فى العلاج النفسى المعرفى هى صعوبة الفصل - بالنسبة للسلوك الإنسانى - بين جوانب التفكير والانفعال والسلوك أو الفعل ، فجميع هذه الجوانب تتفاعل فيما بينها ويكمل بعضها البعض ، وبناء على ذلك

(١) عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث. مرجع سابق. ص ٣٢٧.

(٢) تجدر الإشارة إلى أنه عادة ما يكون هناك توجيه وإرشاد مواز للأفراد المحيطين بالمريض والمحتكين به ؛ خاصة أفراد أسرته لضمان وجود بيئة صحية تساعد على إنجاح البرنامج العلاجى الذى يخضع له المريض .

يمكن تصنيف العوامل الفكرية المسببة للاضطراب النفسى والعقلى إلى فئتين من العوامل هما[1] :

(أ) عوامل متعلقة بمحتوى الأفكار والمعتقدات : ويقصد بها مجموع وجهات النظر والأفكار التى يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين .

(ب) عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات : ويقصد به الطريقة أو النهج الذى تتم به عملية الفهم أو التفسير أو الحكم أو الاستنتاج .

وهذا يؤكد ألبرت إلليز Albert Elles أحد الرواد فى مجال العلاج النفسى المعرفى على أنه « لا ينبغى التوقف بالمريض عند مرحلة إحلال الأفكار الصحيحة والمنطقية محل الأفكار الخاطئة واللامنطقية ، بل لابد وأن نتجاوز بالمريض تلك المرحلة ونجعله يتبنى فلسفة عامة تربط الأفكار بعضها ببعض ، يؤمن بها ويسير على هداها فى حياته ، وبذلك تكون عاصمًا له من التعرض للاضطرابات بعد ذلك ، وتعتبر مساعدة المريض على تكوين مثل هذه الفلسفة الصحيحة والمنطقية هى آخر الخطوات المكملة للعلاج »[2] .

وفى ختام الحديث عن العلاج النفسى لمريض الفصام يجمل بنا تدبر ما عدده لويس ثورنتون Louise Loots Thornton من تدابير من شأنها تفعيل العلاج النفسى فى اتجاه الشفاء ، وهى[3] :

١ - « تقبل غير المتقبل » :

وهو عنوان تندرج تحته كثير من الأشياء غير المتقبلة التى لابد من تقبلها ، ويأتى فى مقدمتها تقبل المريض لمرضه بدلاً من مقاومته .

(١) عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث . مرجع سابق . ص ٢٩٦ .

(٢) علاء الدين كفافى (١٩٩٩) الإرشاد والعلاج النفسى الأسرى : المنظور النسقى الاتصالى . القاهرة : دار الفكر العربى ، ١٩٩٩ . ص ٣٢٨ .

(3) Thornton, Louise Loots, John (2001) Recovery from Schizophrenia. http://www.namiscc.org.index.html (Cited 29/3/2002).

٢ - « العثور على الشخص المناسب ، حامل شعلة الأمل التى ستضىء لك الطريق »:

ويقصد هنا ضرورة أن يجد مريض الفصام شخصًا يضع فيه كل ثقته ويرتكن عليه فى الأوقات العصيبة من مرضه ، شخصًا يؤمن بالمريض ويبث فى نفسه الطمأنينة والثقة بإمكانية إحراز الشفاء مهما طال طريقه غير المعبد .

٣ - « رفض أن تكون كلمة (مريض بالفصام) وصمة عار » :

فكلما حُرص على تأكيد حقيقة أننا جميعًا بشر قبل أن نكون مرضى أو أصحاء ، وكلما تعمد المبتلى بالفصام تذكير الآخرين بأنه إنسان أولاً وأخيراً فهذه خطوة متقدمة على طريق إدراكه لذاته الحقيقى .

٤ - « ابق قليلاً هناك » :

فعلى الرغم من بطء مراحل العلاج إلا أن رحلة الشفاء لها أيضًا مراحلها وهى ليست غاية أو نهاية المطاف ، فينبغى أن يدرك الشخص أنه دائمًا على سفر ، وأن الشفاء يكمن فى الانتقال قدمًا من مرحلة إلى أخرى تحت مظلة العلاج .

٥ - « تعديل اتجاهات الفرد إزاء الفصام » :

أى تحول الفرد فى مواجهته للفصام من الخنوع والاستسلام إلى المصادقة والمعرفة اللصيقة واحتواء ما يفرضه المرض من ضغوط ، وذلك من خلال التسلح بمنظومة من التعديلات اللازمة لذلك سواء فى : الاتجاهات أو القيم أو المشاعر أو الأهداف أو المهارات أو حتى المبادئ إذا استلزم الأمر .

٦ - « بناء وتشكيل رؤية الفرد للشفاء » :

فلكل شخص رؤيته الشخصية ومفهومه الخاص جداً للشفاء والذى بالضرورة يختلف عن غيره من الأفراد ، ومع ذلك فينبغى وأن تشتمل هذه الرؤية على : العيش فى رضا ، أن يحيا حياة مفعمة بالأمل مليئة بالمشاركة رغم أنف القيود التى يفرضها المرض .

٧ - « إيجاد معني وهدف في الحياة للفرد ، حتي مع استمرا ر وجود الأعراض وعدم تحسنها » :

فالشفاء قد يحدث على الرغم من استمرار حدوث الأعراض ، فقد يجد الفرد نفسه فجأة لم يعد يسمع تلك الأصوات التى اعتاد على سماعها ، فيعتقد أنها تلاشت ،

والحقيقة غير ذلك بل إن ظهور أمل فى حياته أو هدف يسعى لتحقيقه مع قناعته الذاتية بقدرته على الوصول لهذا الأمل أو تحقيق ذاك الهدف ، يجعله ينسى تلك الأصوات أو على الأقل لا يكون ثمة متسع فى ذهنه (المشغول بملاحقة الأمل أو الهدف) للإنصات إليها .

٨ - « الشفاء أو الخلاص من وصمة العار المسماة مرض » :

فحتى وإن كانت الفرصة ضئيلة للنجاح ، استمر فى الذهاب للعمل أو الاستذكار والتفاعل مع الآخرين بشكل إيجابى .

٩ - « إدراك أن طريق الشفاء كما قد ينطوى على قدر من الألم والمعاناة ، ينطوى أيضًا على إعادة اكتشاف للذات ، وتجديد للذات ، وإعادة تشكيل له » :

فكل منا بداخله طاقة كامنة لم تستغل بعد ، وواحدة أو أكثر من المواهب والإمكانات التى لم تتح لها الفرصة لكى تظهر وتنمو وتتطور ، ولا نبالغ إذا جرفنا إلى القول بأن للفصام الفضل على كثير من المرضى به حيث أدى بهم إلى إعادة اكتشاف مواهبهم ومواطن الإبداع التى كانت دفينة داخلهم دون أن يفطنوا إليها أو يمنحوها الفرصة للانطلاق .

٤ - العلاج الأسرى :

تلعب أسرة مريض الفصام دورًا لا يقل - إن لم يكن يزيد - عن الدور الذى يلعبه المعالج ، حيث تبدأ وتنتهى عندهم دورة حياة المرض والمريض ، فهم الذين يلتفتون إلى زحف المرض عليه وهم أيضًا الذين يتلقفونه بعد خروجه من المستشفى ومن ثم فعلى عاتقهم تقع مسئولية سرعة اكتشاف الأعراض المبكرة للمرض ، وفى أيديهم أيضًا تعريض المريض بعد خروجه معافًا من المستشفى لانتكاسة أو أكثر ، ومن ثم فبقدر وعى الأسرة ورعايتها للمريض فى ضوء إرشادات الطبيب المعالج بقدر ما يتسنى لمريضهم العيش فى حياة آمنة من نوبات المرض وانتكاساته .

وفى هذا الصدد يرى الدكتور أحمد عكاشة(1) أن للمصريين طاقة خاصة على تحمل الاضطرابات العقلية وقدرة على استيعاب المرضى العقليين المزمنين وذوى التخلف العقلى الخفيف أو الذكاء الحدى ، بل واحتوائهم ضمن مفردات الحياة اليومية والاعتياد عليهم ، ويبدو أن هذه السمة المتمثلة فى الدفء الأسرى المنتشرة فى مجتمعنا والتى يشير إليها صراحة أحد مرضى الفصام الأمريكيين ، حيث يذكر أن : « مرض الفصام يبدو أقل تفسخًا وتصدعًا فى دول العالم الثالث منه فى الدول المتقدمة ، لما يتوافر فى هذه الدول من تماسك أسرى قوى ، ورسوخ وتشعب علاقات الود والتواصل بين أفراد المجتمع ، بل إنه حتى فى غياب العلاج بالعقاقير أو غيرها ، نجد أولئك البشر يبدون متحملين أكثر منهم عاجزين ؟؟!! »(2) ، تعتبر ميزة وعيب فى الوقت نفسه .

فهى ميزة من حيث تحمل أفراد أسرة المريض لتصرفاته وانفعالاته ، وعيب فى أنها قد تنطوى على بعض الممارسات السلبية المتمثلة فى التستر على المرض والنفور من الاعتراف بمعاناة الشخص من اضطرابات نفسية أو عقلية باعتبارها وصمة تبقى مع الشخص مدى الحياة بل قد تلاحقه اللعنات فى قبره إذا ما ورث فرد فى العائلة عنه المرض ، فهذا من شأنه التقليل من فرص العلاج المبكر لتلك الاضطرابات واحتوائها فى مراحلها الأولية وقبل أن تستفحل ، وهو الأمر الذى يدفع البعض إلى تمنى لو ينزف المريض النفسى دمًا فور إصابته بالمرض حتى يتسنى للمحيطين به أن يدركوا بداية معاناته مع المرض قبل أن يتفاقم .

٥ - العلاج باستعادة تنظيم إيقاع المخ (الجلسات الكهربية) :

يعتبر هذا النوع من العلاج من العلاجات التى يمكن أن نطلق عليها العلاجات سيئة السمعة رغم ارتفاع نسبة فعالية تأثيرها فى اتجاه الشفاء ، وذلك مرده إلى الدعاية الإعلامية السيئة والتناول المشوه لها فى الأعمال الفنية الدرامية البعيدان كل البعد عن الواقع الفعلى العلمى لهذا العلاج منذ بدأ استخدامه فى الأربعينيات من القرن

(١) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ٣٣ .

(2) Chovil, Ian (2000) The Experience of Schizophrenia. http://www.chovil.com/first.html (Cited 20/11/2000).

العشرين ، فجميع الدراسات الكلينيكية والميدانية بلا استثناء أجمعت على عدم إحداث هذا العلاج لأى تأثيرات سلبية على المخ سواء من حيث البنية التشريحية أو القدرات الذهنية المختلفة : كالذكاء ، التذكر ، التعرف . . . إلخ ، بل الأكثر من ذلك ما أكدته بعض الدراسات من أن العلاج بـ « استعادة الإيقاع -Rhythm Restoring Therapy RRT » أو الصدمة الكهربية Electro- convulsive- ETC أكثر أمنًا من العلاج الكيميائى بالعقاقير[1] .

وتتلخص فكرة عمل جلسات استعادة الإيقاع فى تمرير تيار كهربائى ضعيف فى الرأس بهدف تغيير حركة الموصلات العصبية بين أغشية خلايا المخ مما يعيدها لحالة التوازن السابقة ، كما أنها تعطى راحة وقتية لنشاط المخ الكهربائى بحيث يبدأ ثانية بطريقة سوية ، ولم تعد مصدر خوف للمريض حيث تعطى له وهو تحت تأثير المخدر وراخى العضلات ، ولا يحدث أكثر من بعض الارتجاف البسيط فى الجسم تعقبه يقظة المريض دون الإحساس بأى شىء[2] .

٦ – العلاج الجراحى :

عادة لا يلجأ إلى إجراء عمليات جراحية فى المخ لمرضى الفصام إلا فى حالات نادرة جدًا لم تستجب جميعها للعلاجات الأخرى ، تتمثل فيما يلى[3] :

١ – الفصام الكتاتونى المزمن الذى يصاحبه نوبات متكررة من الهياج الشديد ، والعدوانية الحادة .

٢ – الفصام البارانوى ، عندما تكون الشخصية مكتملة ، وأعراض المريض تسبب له آلامًا شديدة من القلق وتوتر نفسى غير محتمل .

٣ – الفصام شبه العصابى ، عندما يعيش المريض فريسة لأوهامه مع قلق شديد ومخاوف ووساوس مختلفة .

(1) El Rakhawy, Y. T. (1982) Electro Convulsive Therapy: A Rhythm- Restoring Remedy. Egyptian Journal of Psychiatry, Vol. 5,no. 2 (July 1982) p. 19.

(٢) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق . ص ٣٢٧ .

(٣) المرجع نفسه . ص ٣٢٨ .

هذا وتجدر الإشارة إلى أن أنواع العلاجات المختلفة السابقة الإشارة إليها تتم فى مستشفى « دار المقطم للصحة النفسية » التى شهدت التطبيق العملى للعلاج بالقراءة والذى يشتمل على مراحله المختلفة فى الباب الثانى من هذا العمل ، وإن كان كل علاج منها يطبق بفلسفة خاصة تنطلق من الفلسفة الأساسية التى تقوم عليها فكرة « المجتمع أو الوسط العلاجى » ، والتى تم عرضها على الصفحة الخاصة بالمستشفى على شبكة الإنترنت[1] فمثلاً :

بالنسبة للعلاج الدوائى بالعقاقير : نجد أنه يعطى فى الحالات الحادة أساسًا ، وفى الحالات النشطة ، ويوضع فى الاعتبار هنا التخلص من هذه الحدة ، وعادة ما تتناسب كمية العقاقير مع كمية التنشيط والتأهيل على أرض الواقع .

بالنسبة للعلاج الكهربائى : لا ينظر إلى هذا النمط من العلاج على أنه صدمة ، ولكنه يعطى كدفعة تنظيمية فيزيائية يتدخل بها المعالج لينقل من خلالها المريض عبر مأزق بذاته فى توقيت بذاته ، ومن هنا يفضل فى هذا الوسط استخدام مصطلح « علاج تنظيم الإيقاع Rhythm Restoring Therapy » بدلاً من العلاج بالصدمات الكهربائية[2] .

بالنسبة للعلاج السلوكى : يطبق هنا بانتظام وانتقالية ، من خلال مبدأ الثواب والعقاب ، والترغيب والتنفير ، مع فارق بسيط عن الممارسات فى أماكن أخرى تتمثل فى أنه يتم التعامل مع الكيان البشرى ككل ، وليس مع سلوك بذاته ، بمعنى أوضح أن مجرد تغيير السلوك دون تغيير نوعى فى الوجود لا يكفى ، بل قد يرفض السلوك من أساسه إذ بدا أن التغير الذى طرأ عليه تغيرًا ظاهرياً ، ذلك أن بعض التحسن الظاهرى قد يتم على حساب تغير نوع الوجود إلى الأدنى .

بالنسبة للعمل العلاجى : وهو يختلف هنا عن العلاج بالعمل ، لأن العمل هنا يقع فى مركز أساسى بالنسبة للبرنامج اليومى ، وبالنسبة لمقياس الاتجاه نحو الصحة التى

---

(1) http://www.mokattampsych.com.

(٢) يحيى الرخاوى (١٩٨٢) صدمة بالكهرباء . . أم ضبط للإيقاع . الإنسان والتطور . س٣ ، ع٢ (إبريل ١٩٨٢) ص ص ٤٤ - ٦٩ .

لا تعنى فقط إزالة العرض والتماثل مع أغلب الناس فى المظهر والسلوك العام على الأقل ، وإنما تحمل مراتب متعددة ، ويتخذ فى سبيلها مسيرة مستمرة نحو مزيد من التوازن والفاعلية والإنتاج ، ومن ثم فهو يهدف فى الأساس إلى « التعرف على الجسد والنفس من خلال العمل بشكل تلقائى وذاتى » .

وهنا فى هذا الوسط لا يقدم المعالج (الأخصائى أو الطبيب) للمعانى (المريض) عملاً دون أن يشاركه هو نفسه فيه فعلاً ، كما لا يقتصر العمل العلاجى على شغل أوقات الفراغ ، ولا على تكرار أعمال رتيبة من شأنها الدفع لمزيد من الانغلاق والعزلة (كالأشغال اليدوية الدقيقة) ، أو يهدف إلى أن يكون « تأهيلاً بالعمل » بمعنى إعادة التعليم استعداداً لحرفة جديدة أو إحياء لمهارة قديمة ، حيث يكون التركيز (فى العمل العلاجى) على جرعة البصيرة واستعادة الذات القادرة على التأهيل بمعناه الأعمق ، كما يتسع ليشمل فى داخله أعمالاً تشاركية ، يتصالح المريض من خلالها مع نفسه وجسده من ناحية ، ويتقرب من الآخرين من ناحية أخرى ، بالتوازى مع خط تنمية مفهوم العمل كقيمة فى حد ذاته .

أخيراً فإن هذا العلاج يتطلب تغييراً جذرياً فى دور المعالج وإعداده بالتالى ، بما يسمح له بالنمو كمعالج بطريقة موازية للتغيرات المأمولة فى المرضى ، ومن ثم فهو يعتمد فى الأساس على الوسط العلاجى والعلاقة بين المعالج والمريض ، ويسعى إلى اكتشاف الجسد والتعرف على القدرات الكامنة ، والذوات المعاقة[1] .

العلاج النفسى (الجماعة خاصة) : هو أهم ما يميز الوسط العلاجى هنا ، حيث يشترط فى معظم الممارسات اليومية أن تتم فى جماعة ، والعلاج الجمعى هو ما يتم من تواصل وتعاون وبصيرة وحفز ، داخل جماعة مسئولة لها قائد وهدف مشترك ، ويمتد ليتجاوز جدران المستشفى إلى المجتمع الخارجى .

---

(١) رفعت محفوظ ومحمد حسيب (١٩٨٠) العمل العلاجى . . الجماعى . الإنسان والتطور . س١ ، ع٤ (أكتوبر ١٩٨٠) ص ص ٦٠ ، ٦١ .

العلاج المعرفى : وجوهر العلاج هنا ينبنى على فكرة أن « الكلمة » هنا ليست مجرد رمز لمحتواها أو مدلولها فحسب ، بل هى فى الواقع مثيراً بيولوجيًا يمكن توظيفه أثناء ممارسة العلاجات والأنشطة الأخرى بهدف تأكيد أو استجلاب بصيرة بذاتها ، أو تثبيت ما ظهر من تحسن خلال تفاعل علاجى معين .

وأخيراً فلا يمكن اختتام الحديث عن العلاجات المختلفة للفصام دون أن نعرج بالحديث على العلاجات البديلة التى تصنف تحت ما يعرف بالطب البديل Alternative Medicine الذى يعرفه القاموس الطبى الإلكترونى بأنه : « فن من فنون العلاج لا يدرس فى مدارس الطب عامة ، كما لا يمارس بشكل نموذجى فى المستشفيات ؛ ومن أمثلته : الوخز بالإبر (الإبر الصينية) Acupuncture ، العلاج بالأيدى Chiropractic (وهى طريقة فى العلاج تقول بأن المرض ناشىء عن عدم قيام الأعصاب بوظيفتها على الوجه السوى ، ويستخدم غالبًا فى تقويم العمود الفقرى) ، العلاج بالتدليك Massage (وهو يركز على سطح الجلد وطبقات الجسم أسفل منه) ، العلاج المثلى Homeopathy (ويقوم على فكرة معالجة الداء بإعطاء المريض جرعات صغيرة من دواء لو أعطى لشخص سليم لأحدث عنده أعراض الداء الذى يعانى منه ذلك المريض) ، العلاج بالطبيعة Naturopathy (ويقوم على فكرة تجنب استعمال الأدوية والعقاقير والاستعانة كبديل عنها بعناصر الطبيعة : كأشعة الشمس والهواء والماء والتمرينات الرياضية : كاليوجا مثلاً) ، طب الأعشاب Herbal Medicine [1][2] .

وبالنسبة لمرض الفصام محور اهتمامنا يذكر البعض أن معظم الممارسات فى هذا الصدد تركز على استثمار قوة الإيمان الدينى وترديد أجزاء من الكتب المقدسة بنظام

(1) Medical Dictionary (2001). http://www.MedTerms.com/script/main/art.asp? article-key. html (Cited 21/06/2001).

(٢) ذكر فى الندوة العلمية التى تعقد دوريًا بمستشفى دار المقطم للصحة النفسية (أغسطس ٢٠٠١) والتى كان موضوعها فى هذا الشهر « الطب البديل » أن هناك ما يقرب من ١٢ قطاعًا رئيسًا للطب البديل ، تندرج تحتها ٢٦ فئة تصنيفية للممارسة ، تتم بحوالى ٣٥٠ طريقة ، تطبق بما يقرب من ١٠ آلاف أسلوب .

معين ، إضافة إلى ممارسة بعض الطقوس الروحية سواء البوذية أو تلك المنتشرة فى الهند وقمم جبال التبت(1) .

٢-١٠ - استثمار تكنولوجيا المعلومات فى مجال الفصام :

بقيت الإشارة فى ختام هذا الفصل إلى أنه فى ظل عصر ثورة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات الذى ألقى بظلاله على شتى مناحى حياة الإنسان كان من الطبيعى أن يتلون الاهتمام بمرض الفصام بلون هذا العصر وتتطور الخدمات العلاجية بشكل يستثمر ما تمخض عنه من تكنولوجيات مختلفة ، وفيما يلى بيان موجز لأهم ملامح هذا التطور :

١ - قيام كثير من الهيئات سواء الحكومية أو غير الحكومية المتخصصة فى المجالات الطبية بشكل عام ، والأمراض النفسية والعقلية بوجه خاص ، ومرض الفصام بشكل أكثر تخصصًا بإنشاء مواقع Sites وصفحات Wep pages خاصة بها تعرف فيها بهدفها والمهام التى تقوم بها والمؤتمرات والاجتماعات التى تعقدها ، والمطبوعات التى تصدرها (سواء فى شكل مطبوع أو إلكترونى) وكذا الخدمات التى يمكن أن يفيد منها كل من المؤسسات الأخرى ذات الاهتمام المشترك والأفراد سواء كانوا : باحثين أو من أسر المرضى أو المرضى أنفسهم ، ومن أمثلة هذه المؤسسات :

- الاتحاد القومى لبحث الفصام والاكتئاب National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression .
- الأكاديمية الأمريكية لطب نفس الأطفال والمراهقين American Academy of Child & Adolescent Psychology .
- الاتحاد القومى للمرض العقلى National Alliance for the Mentally Ill- NAMI .
- الاتحاد الأمريكى للطب النفسى American Psychiatric Association- APA .
- الجمعية الأمريكية لعلم النفس American Psychological Society- APS .

(1) Chovil, Ian (2000) The Experience of Schizophrenia. http://www.chovil.com/first.html (Cited 20/11/2000).

- جمعية الطب النفسى البيولوجى Society of Biological Psychiatry .
- المعهد القومى للصحة العقلية National Institute Health- NIMH .
- الاتحاد الكندى لعلم النفس Canadian Psychological Association- CPA .
- الجمعية الطبنفسية للمعلوماتية Psychiatric Society for Informatics- PSI .
- الجمعية المصرية للطب النفسى Egyptian Psychiatric Association- EPA .

٢ - قيام بعض الأفراد - غالبيتهم من مرضى الفصام أو من يطلق عليهم « القرناء الناصحون Peer Counselors » الذين مروا بتجربة الفصام وتجاوزوها - وكذا المؤسسات بإنشاء مواقع Sites وصفحات خاصة Homepages على درجة عالية من الإتقان سواء من حيث البنية أو البيانات المتضمنة أو إيقاع التحديث والتطوير ، وفيما يلى عدد من عناوين هذه المواقع والصفحات على شبكة الإنترنت :

- www.support-group.com
- www.mentalhealth.com
- www.scizophrenia.com
- www.healthguide.com
- www.mentalhelp.net
- www.chovil.com

٣ - إتاحة كم كبير من مصادر المعلومات الإلكترونية سواء المعاد نشرها إلكترونيًا وقد كانت مطبوعة فى الأصل أو المنشورة ابتداءً نشرًا إلكترونياً ، وتتنوع هذه المصادر ما بين :

- مصادر علمية بحثية موجهة لطلاب البحث والأطباء الممارسين للوقوف على أحداث التطورات واتجاهات البحث حول الفصام .
- مصادر علمية تثقيفية موجه بعضها لأسر المرضى والبعض الآخر للمرضى أنفسهم للتعريف بمرض الفصام وجوانبه المختلفة .
- مصادر موجهة أساسًا للاستخدام ضمن برامج العلاج بالقراءة لمرضى الفصام[1] .

---

(١) يضم الملحق (١ / ٢) نماذج من النتاج الفكرى المستخدم فى العلاج بالقراءة مصنفة حسب مجال الاستخدام .

٤ - توفير خدمات إلكترونية موجهة للمهتمين بمرض الفصام (مرضى وغير مرضى) تعتمد على ما تتيحه شبكة الإنترنت من إمكانات ومن أمثلة هذه الخدمات والتى تقدمها بالفعل من خلال موقع « مجتمع الفصام على الويب Schizophrenia Web Community » ما يلى :

- خدمة البريد الإلكترونى Electronic Mails .
- خدمة تجاذب أطراف الحديث (الدردشة) Chat .
- خدمة جماعات الاهتمام المشترك Interest Group .
- خدمة برامج العلاج الجمعى عن بعد Tele-Group therapy[1] .

(١) تجدر الإشارة إلى أنه يثار الآن الكثير من اللغط حول هذا النمط من العلاج الجمعى ما بين مؤيد يساند « العلاج على الخط المباشر On line Therapy »والذى قد يطلق عليه « العلاج عبر الفضاء الإلكترونى Cyber Therapy » و « العلاج التخيلى Virtual Therapy » انطلاقًا من كونه يوفر مزايا مثل : سرعة الوصول الفورية فى تقديم الخدمة العلاجية ، إمكانية استخدام أكثر من وسيط أثناء العملية العلاجية فيما يعرف بالوسائط المتعددة Multimedia ، وكذا نظم الواقع التخيلى Virtual Reality Systems ، وتجنيب المرضى ضغوط المواجهة والحرج ، وبين معارض يساند العلاج القائم على المواجهة الشخصية In Person Treating مؤكدًا على أهمية الوقوف على مخارج الألفاظ ونبرة الصوت ، وطبيعة ودلالة ملامح وخلجات الوجه ولغة الجسم الخاصة بالمريض ، بل يمتد الأمر به إلى القول بأن سرعة تتابع أنفاس المريض وحرارتها قد تعنى الكثير ضمن الجلسة العلاجية ، بل إن الحرج الذى قد يعترى المريض يقصد لذاته ويتعمد إيقاعه بالمريض كأحد تكنيكات العلاج ، ومن جانبه لا يرجح كفة أحد هذين النمطين العلاجيين على الآخر ، بل يرى أهمية بالغة فى الأخذ بهما حسبما تستوجب الظروف ، وتتطلب طبيعة الحالة ، ويقتدى الموقف العلاجى ، لأن لكل منهما أهميته فى العملية العلاجية ولكل مزاياه التى لا يستطيع الأسلوب الآخر تحقيقها ، وعليه فيتعين على المعالجين من أطباء وأخصائيين نفسيين إتقان التعامل مع المرضى بكلٍّ من الأسلوبين بالقدر نفسه من الكفاءة والفعالية والتمكن من الأدوات والآليات التى يتطلبها تطبيق كل أسلوب ، وهناك الكثير من الدراسات والبحوث التى تقارن بين هذين الأسلوبين توالى نشرها الجمعية الطبنفسية للمعلوماتية Psychiatric Society for Informatics .

٥ - استثمار أحدث التكنولوجيات فى رعاية وعلاج مرضى الفصام ، ومن أبرزها ما ألمح إليه أحد البحوث المنشور عبر شبكة الإنترنت والمقدم للملتقى السنوى الخامس للجمعية الطبنفسية للمعلوماتية Psychiatric Society for Informatics- PSI الذى عقد بمدينة شيكاجو بولاية إلينوى الأمريكية تحت شعار « الإسراع فى استخدام تكنولوجيا المعلومات على صعيد الرعاية الطبنفسية Accelerating the Use of Information Technology in Psychiatric Care » فى الثالث عشر من مايو عام ٢٠٠٠ ، وكان بعنوان « التواجد داخل الواقع التخيلى Presence in Virtual Reality » وقدمه ميلتون ب. هوانج Milton P. Huang مساعد مدير برنامج المعلوماتية الطبنفسية بجامعة ميتشجان ودعا إلى ضرورة وفعالية استخدام البرامج المعتمدة على الواقع التخيلى لاختبار الإدراك البصرى والانتباه لدى مرضى الفصام، كذلك إمكانية استثمار هذه التكنولوجية فى بناء بيئة تخيلية Virtual Environment تضم مفردات ومنبهات يراد قياس سلوك الفصامى واستجاباته نحوها بهدف تدعيمها أو صرفه عنها[1] ، تمامًا مثلما استخدم العلاج بالقراءة المعتمد على المواد المقروءة فى علاج المرضى بالخوف المرضى من الأماكن المفتوحة كالميادين والصحارى المعروف اصطلاحًا برهاب الخلاء Agoraphobia[2] .

(1) Huang, Milton P. (2000) Presence in Virtual Reality In: The Fifth Annual Meeting of the Psychiatric Society for Informatics. Chicago, Illinois (31/5/2000).. http:// www/psychinformatics.org/mtg/2000/index.html (Cited 6/4/2000).

(2) Gould, R. A., G. A. Clum and D. Shapiro (1995) The Use of Bibliotherapy in Treatment of Panic Disorders: Preliminary Investigation.- Behavior Therapy, 24 (1995).- pp. 241-252.

نقلاً عن : شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص١٠٢ .

الفصـــل الثالث

إجراءات تطبيق العلاج بالقراءة فى مجال الفصام

إجراءات تطبيق العلاج بالقراءة فى مجال الفصام

٣-٠ - تمهـــيد :

يتناول هذا الفصل الخطوات الفعلية الإجرائية الخاصة بالتطبيق العملى للعلاج بالقراءة بدءًا بـ : الخطوات التمهيدية الضرورية لعملية التطبيق ، والتى فى مقدمتها إجراؤها على عينة مصغرة من الفصاميين للوقوف على مدى ملاءمة المحكات الموضوعة للعينة ، وكذا أسلوب التطبيق ، ثم الإجراءات المتخذة للحصول على العينة ، وأخيرًا عناصر برنامج العلاج بالقراءة الذى تم تطبيقه فعلياً .

٣-١ - الخطوات التمهيدية السابقة على عملية التطبيق :

بداية تجدر الإشارة إلى أنه قد حرص قبل البدء فى عملية التطبيق على إجراء تجربة استطلاعية على عينة مصغرة من الفصاميين ، وعرضها على عدد من الأطباء المعالجين والأخصائيين النفسيين ؛ للكشف عن الآتى :

١ - التأكد من ملاءمة وفعالية تأثير المواد القرائية المقدمة ضمن برنامج العلاج بالقراءة ، من خيث : المحتوى ، والشكل ، وأسلوب العرض ، والزمن المخصص ، وطريقة إدارة المناقشة حول كل منها .

٢ - التأكد من ملاءمة المتغيرات المختلفة التى يتعين مراعاتها عند تطبيق البرنامج : كالسن ، والجنس ، ومستوى التعليم .

٣ - التأكد من ملاءمة الاستبيانات - التى سوف تستخدم جنبًا إلى جنب مع التشخيص الطبى - سواء من حيث البناء أو المحتوى لبيان درجة التحسن بعد تطبيق البرنامج .

وعلى الرغم مما استنفذته هذه الخطوات التمهيدية الاستطلاعية من وقت وجهد ، إلا أنها كانت ضرورية وذات فعالية كبيرة فى الوقوف على بعض المشكلات التى كانت

ستمثل حجر عثرة إذا ما تم الشروع مباشرة فى التطبيق العملى ، ومن أبرز هذه المشكلات :

١ - المنهج المستخدم فى الدراسة ، والذى يأتى فى مقدمة الصعوبات التى واجهها صاحب هذا العمل ؛ فبالنسبة للمنهج المسحى الميدانى كانت ثمة صعوبة بالغة فى تطبيقه نظراً لخصوصية مجتمع التطبيق ، ففى الوقت الذى يسهل فيه إخضاع الظواهر الطبيعية والمواد الكيميائية للدراسة والبحث والتجريب نجد أنه من الصعوبة بمكان تحقيق ذلك بالنسبة للظواهر الاجتماعية والإنسانية نظراً لأنها ترتبط بالبشر ، وهؤلاء البشر بينهم فروق فردية ، بل إن الفرد الواحد قد تختلف طبيعته ويتلون تصرفه حسب المواقف والظروف التى يواجهها ، هذا بالنسبة للفرد العادى ، فما بالنا إذا كنا نتعامل هنا مع أفراد يعانون من مشكلات نفسية واحتياجات خاصة ، بالطبع سيكون الأمر أكثر تعقيداً ؛ لذا فقد حرص عند تطبيق هذا المنهج على بذل مجهود كبير فى تصميم التجربة وتنفيذها ، ووضع كثير من المعايير والضوابط لضمان توافر أكبر قدر من الحيادية والموضوعية فيما يمكن أن تسفر عنه من نتائج ، وقبل ذلك كله مد خيوط الألفة والود مع أفراد هذا المجتمع .

٢ - ارتباط موضوع العلاج بالقراءة بمجالى الطب النفسى وعلم النفس فرض ضرورة بل حتمية التعمق فى دراسة الأسس العريضة لهذين المجالين ، ومن ثم سعى لتحقيق بعض هذا التعمق بالتسلح بما يلى :

* الاطلاع على بعض أدبيات الأساس فى الموضوع فى مجال الطب النفسى وعلم النفس بتوجيه من المتخصصين ، ويقصد بها تلك الأعمال التى عهد فيها قدرتها على وضع أرضية واضحة ورؤية متماسكة وإلمام واعٍ لما يستجد على هذا المجال أو ذاك .

* الحضور كطالب مستمع مع طلاب المرحلة الجامعية الأولى وطلاب الدراسات العليا بقسم علم النفس بكلية الآداب - جامعة القاهرة ، وكذا بعض محاضرات الطب النفسى بطب القاهرة ، ومشاركتهم فى الزيارات الميدانية لمركز العلاج النفسى بجامعة

عين شمس ، وكذا حضور عديد من جلسات العلاج النفسى التى تجرى هناك ، على مدار عام دراسى كامل .

* التعايش شبه اليومى ما يزيد على العامين فى المستشفى موضع التطبيق ، والمشاركة الفعالة فى جلسات الشعر التى تعقد أسبوعياً بها ويشارك فيها غالبية المرضى بالمستشفى ، وكذلك المرور الأسبوعى على المرضى ، وجلسات العلاج الجمعى وما يعقبها من نقاش علمى يترأسه الدكتور الرخاوى يشرح فيه الأساليب والتكنيكات العلاجية المختلفة التى طبقت خلالها ، علاوة على المواظبة على حضور الندوتين الشهريتين (العلمية والثقافية) اللتين تعقدان فى رحاب المستشفى . مما ساعد صاحب هذا العمل على التآلف إلى حد كبير مع البيئة المكانية التى ستشهد تطبيق تجربته سواء من حيث الهيئة الطبية أو المرضى المعالجين ، أو العاملين ، علاوة على الإلمام بالمفردات المتداولة على ألسنة كل فئة من الفئات الثلاث السابقة[1] .

* الحرص على العضوية التطوعية فى بعض الجمعيات والهيئات العاملة فى مجال العلاج بالقراءة والأمراض النفسية وخاصة الفصام من خلال شبكة الإنترنت ، للوقوف على أحدث المستجدات فى مجال العلاج بالقراءة وتبادل الأفكار والآراء مع الخبراء والمتخصصين والمهتمين به ، ومن ثم تعميق رؤية صاحب هذا العمل لطبيعة الموضوع وإثرائه ، ومن أمثلة هذه المؤسسات والجمعيات : لجنة العلاج بالقراءة Bibliotherapy Committee بقسم المستشفيات بجمعية المكتبات الأمريكية Hospital Division of the American Library Association ، والجمعية القومية للعلاج بالشعر بالولايات المتحدة

(١) حرصًا من صاحب هذا العمل على تجاوز الفجوة المصطلحية بينه وبين أفراد المجتمع الذى يسعى إلى تطبيق تجربته داخله ، ومحاولة من جانبه لتثقيف نفسه ذاتياً ؛ خاصة بعدما أدرك وجود بعض الفروق النوعية بين المدارس المختلفة لعلم النفس والطب النفسى ، قام بإعداد معجمه الخاص الذى ضمن فيه كل ما يترامى إلى أذنه من مصطلحات طبية ونفسية أثناء تواجده بالمستشفى ضمن أى نشاط يعقد بها سواء أكان علاجياً أو ثقافياً أو علمياً ، وعنونه بـ « معجم المصطلحات عالية التردد بمستشفى دار المقطم للصحة النفسية » وقد ساعده هذا المعجم بدرجة كبيرة فى معرفة طبيعة كثير من الأمراض النفسية ، فضلاً عن استطاعته فهم اللغة العلمية المشتركة التى تتداول مفرداتها على ألسنة الأطباء والأخصائيين بالمستشفى .

الأمريكية National Association of Poetry Therapists- NAPT ، موقع سلسلة «حساء دجاج للروح Chicken Soup for the Soul® series» .

* الاشتراك كعضو مساهم فى موقع « مجتمع الفصام على الويب Schizophrenia Web Community ، وهو موقع منبثق عن مشروع الموسوعة الإلكترونية التى تحمل عنوان « الصحة العقلية على شبكة الإنترنت Internet Mental Health » ، وهى تمثل ثمرة تعاون تشاركى بين نخبة من الأطباء النفسيين والمبرمجين والمتطوعين من مرضى الفصام من مختلف دول العالم ؛ مما أتاح فرصة تعرف الأنشطة التى تقوم بها هذه الجمعيات والحصول على المنشورات التى تصدرها كل منها سواء فى شكل ورقى أو إلكترونى .

* الاحتكاك الفعلى ، ولا أبالغ إذا قلت معايشة ، المرضى لكسب ودهم ومشاركتهم معاناتهم مع الحرص على بناء علاقة وثيقة معهم يسودها الود والثقة المتبادلة أولاً ، وقبل الشروع فى انتقاء من سوف يشارك منهم فى التطبيق العملى ؛ لضمان تحقيق قدر من التعاون الفعال نحو الهدف المرجو . وهذا لم يتأت بسهولة وإنما بعد مرور فترة زمنية كبيرة ، ولكنها ضرورية ، تم فيها مراعاة بعض التصرفات والسلوكيات التى قد تثير حفيظة المرضى وتحفظهم مثل :

** التقليل قدر الإمكان من تسجيل الملحوظات أو التحدث سراً حديثًا جانبيّاً على مرأى ومسمع من المرضى ؛ لأن ذلك يشعرهم كما لو كانوا فئران تجارب يتم التآمر عليهم وتسجل عليهم حركاتهم وسكناتهم ، وإنما اتخذ الأمر شكل تجاذب أطراف الحديث بشكل تلقائى ودود حول ما يعرض عليهم أو يرونه هم .

** تحرى الجلوس إلى جوار المرضى وعلى مقعد مشابه تمامًا للمقاعد التى يجلسون عليها سواء من حيث الشكل أو الارتفاع عن الأرض ؛ لمنع ما يمكن أن يثار فى نفوس المرضى من شعور بتعالٍ أو تميز مسئول البرنامج عليهم ، وما يمكن أن يؤدى إليه ذلك الشعور من انفضاضهم عنه حتى ولو نفسيّاً أو ذهنيّاً ، لكن مع المحافظة على مساحة السيطرة وتملك مقاليد الأمور بتوجيهات وملاحظات مستمرة من أفراد فريق العمل الطبى .

** الحرص بدرجة كبيرة أثناء الحوار مع المرضى على تحقيق التوازن بين المسايرة المستفزة من جهة لأنها تنبئ عن استخفاف بالعقل واستهانة بالمشاعر ، والمعارضة المستثيرة من جهة أخرى ؛ لأن كلاً منهما قد تستجلب العداوة وتولد البغضاء فى نفوسهم ، وهو الأمر الذى أكدت عليه هيلين إلزر Helen Elser فى معرض حديثها عن تجربة تطبيق برنامج العلاج بالقراءة بمستشفى دينفرز - والتى ورد الحديث عنها تفصيلاً بين ثنايا الفصل الثانى من هذه الدراسة - من أنه ينبغى تأكيد أمرين مهمين أثناء تطبيق أى برنامج للعلاج بالقراءة[1] أولهما : التعامل مع المرضى بأسلوب طبيعى مغلف باحترام واعٍ مع الإفصاح المباشر عن الرغبة الصادقة فى المساعدة وتقديم يد العون ، الأمر الثانى : التمتع بقدرة كبيرة ومتميزة على التواصل مع المرضى النفسيين حيث أنه من الوارد جداً والمتوقع أيضاً صدور أفعال من جانب أى منهم - سواء بالقول أو الفعل - غير مألوفة أو متوقعة لا ينبغى أن يتلقفها المعالج بحرفيتها وإلا أثر ذلك سلباً على مقدرته على إحكام قبضته على مقاليد الأمور فيما يقوم به .

٣-٢ - إجراءات الحصول على العينة :

فى ضوء المؤشرات والمعايير التى تم الخروج بها بناء على الخطوات التمهيدية ، وتمشياً مع ما أكدت عليه هيلين إلزر Helen Elser[2] من أهمية بل ووجوب تحديد تشخيص واضح قدر الإمكان لمن سيوجه لهم برنامج العلاج بالقراءة ، حيث يعد ذلك بمثابة جزء حيوى ومؤثر فى مكان ووضع المريض داخل المستشفى وكذلك طبيعة علاقته بكل من الأطباء والأخصائيين من جهة ، والمرضى الآخرين من جهة ثانية ، وعليه فقد تم تحديد سمات أفراد العينة التى ستجرى عليها التجربة على النحو التالى :

---

(1) Elser, Helen (1982) Bibliotherapy in Practice. Library Trends, Vol. 11. no.2 (October 1982) p. 650.

(2) Ibid. p. 684.

عينة مقصودة قوامها ١٨ فرداً (ن = ١٨)[١] (١٦ ذكراً ، أنثيان)[٢] من مرضى الفصام[٣] المقيمين بالمستشفى Inpatients المشخصين سيكياترياً على أنهم فصاميون من قبل أكثر من طبيب نفسى بخبرة لا تقل عن خمس سنوات ويحمل كل منهم مؤهلات دراسية عليا .

(١) هذا العدد هو الذى تم الاستقرار عليه بعد إجراء عديد من المقابلات مع المرضى المرشحين واستبعاد غير المتجاوبين منهم فى ضوء ما تمخضت عنه الخطوات التمهيدية للإعداد للتجربة ، والهدف الذى تسعى الدراسة للتحقق منه من خلال التجربة العملية ، فمن المقبول منهجياً أن يستبعد من العينة حالات لم تتجاوب مع التجربة إما للانتكاس الشديد أو مغادرة مكان التطبيق، كذلك فإن هذا العدد يقع فى المدى المسموح به والمقبول للحد الأدنى لحجم العينة ، والذى نص عليه فى كتب مناهج البحث وهو (١٥-٢٠) .
المصدر :

رجاء محمود أبو علام (١٩٩٩) مناهج البحث فى العلوم النفسية والتربوية . مرجع سابق . ص ص ٢٦١ ، ٤٨٣ .

(٢) لقد حرص منذ بداية الاستقرار على اختيار عينة من مرضى الفصام أن يكون أفراد هذه العينة من الذكور فقط ؛ حتى يتسنى مقارنة نتائج هذه الدراسة بنتائج دراسات سابقة أجريت جميعها على فصاميين من الذكور ، كما أنه قد لوحظ ارتفاع عدد مرضى الفصام من الذكور بالمستشفى على الإناث ، علاوة على ذلك فهناك حقيقة أخرى تدعم هذا التوجه وهى أن نسبة الأميين من الإناث فى مصر أكبر من نسبتهم فى الذكور (نسبة الأميين من الذكور فى مصر ٣٨٪ فى مقابل ٦٢٪ للإناث وذلك وفق إحصائيات وزارة التربية والتعليم لعام ١٩٩٨ . (المصدر : وزارة التربية والتعليم. (١٩٩٨) الحملة القومية لمحو الأمية ١٩٨٩-١٩٩٨ . القاهرة : ص ٢٢ ، مما ينبئ بارتفاع احتمالية المؤهلين من الذكور لتطبيق التجربة ، ومع ذلك فقد وجد أنه لا غضاضة فى ضم حالتين من الإناث لأفراد العينة لبيان ما إذا كان ثمة مؤشرات ذات دلالة ترتبط بهما مقارنة ببقية الذكور ، خاصة وأن هاتين الحالتين لهما تميزهما من حيث الاهتمام بالقراءة والأدب وكتابة الشعر ، ومن ثم فهما ملائمتان إلى حد كبير لطبيعة ومحتوى التجربة .

(٣) أشير فى الفصل الخاص بالفصام داخل هذا العمل إلى بعض الدراسات التى ذكرت أنه لا توجد فروق جوهرية بين مرضى الفصام على اختلاف فئاتهم النوعية فيما يتعلق باختلال الذاكرة طويلة المدى لديهم ، كما لا توجد فروق أيضاً من حيث تقديراتهم على الاختبارات اللفظية مثل : اختبار الكلمات .

وقد حرص على أن يتراوح المستوى التعليمى لأفراد العينة ما بين : التعليم المتوسط والتعليم الجامعى ؛ بهدف الاطمئنان إلى توافر حد أدنى من الفهم والاستيعاب لما سيقدم من مادة قرائية ، وقد بلغ متوسط سنوات التعليم لأفراد العينة (١٣,٨٣) بانحراف معيارى قدره (±٦ . ٢) ، كذلك لم يقل مستوى ذكاء أى فرد من أفراد العينة عن المتوسط (٩٠-١١٠ درجة) على مقياس وكسلر لذكاء الراشدين ، حيث يتم بشكل دورى فى المستشفى موضوع الدراسة إجراء مثل هذا الاختبار ، وغيره من الاختبارات السيكومترية لكل مريض ؛ بهدف قياس مستوى التحسن أو التدهور الذى يطرأ على حالته .

كما اشترط أيضًا ألا يكون أى منهم قد تعرض لأكثر من ثلاث جلسات كهربية ؛ وذلك لتلافى تأثير ذلك على الوظائف المعرفية ؛ خاصة الذاكرة ، كذلك لم يشارك أى مريض فى جلسات العلاج بالشعر أو القراءة إلا بعد زوال تأثير هذه الجلسات عنه ، كما حرص على عدم وجود أية إصابات عضوية فى المخ لدى كل فرد من الأفراد المشاركين ، كذلك تحرى ضبط تأثير متغير العلاج بالعقاقير النفسية والجلسات الكهربية بالتعاون مع فريق الأطباء المعالجين والأخصائيين النفسيين عن طريق تثبيت هذا المتغير ، حيث كانت جميع الحالات المشاركة خاضعة للعلاج ، وتتناول العقاقير نفسها تقريبًا من حيث الأنواع أو الجرعات[١] .

وبالنسبة لظروف التطبيق فقد كانت على النحو التالى :

(أ) الظروف المكانية والزمنية :

روعى أن يتم التطبيق فى مستشفى واحد لضمان خضوع جميع المرضى من أفراد العينة لمحكات الرعاية والعلاج نفسها ، وتمثلت الفترة الزمنية فى الفترة التى استغرقتها

(١) تشير إحدى الدراسات الكلينيكية إلى أنه « يمكن قبول متغير العلاج طالما أن معظم المرضى يتناولون العقاقير بشكل منتظم؛ خاصة وأنه من الناحية الأخلاقية المهنية يتعذر وقف العلاج » . المصدر :

– آمال عبد القادر شومان (١٩٨٤) القدرات العقلية الأولية عند فئات من المرضى الذهانيين . أطروحة ماجستير ، كلية الآداب – جامعة القاهرة ، ١٩٨٤ . ص٤٦ .

عملية التطبيق على أفراد العينة ورصد استجاباتهم ثم تحليلها والخروج بالنتائج ، وقد حرص على أن يتم التطبيق خلال فصلى الربيع والصيف (مارس - يوليو ٢٠٠١) نظراً لأن فى هذه الفترة من العام غالبًا ما ينشط مرض الفصام ومعظم الأمراض الذهانية ، وهو ما ألمحت إليه بعض الدراسات الكلينيكية[1] ، ومع ذلك فقد تطلب استكمال ومتابعة بعض أجزاء التجربة ، العمل حتى يناير ٢٠٠٢ :

(ب) الأدوات :

تمت الاستعانة بمجموعة من الأدوات التى تتفق وهدف التطبيق والتعريف الإجرائى للعلاج بالقراءة ، وتشمل هذه الأدوات ما يلى :

١ - برنامج العلاج بالقراءة :

الذى تم إعداده فى ضوء كل من : الطبيعة الخاصة لمرضى الفصام من أفراد العينة موضوع الدراسة ، والمتغيرات المختلفة المرتبطة بهم ، وكذا الإمكانات المتاحة والنتاج الفكرى الملائم .

٢ - سجلات المرضى المتاحة بالمستشفى :

والتى من خلالها يمكن استخلاص البيانات الشخصية لكل مريض والظروف الاجتماعية الخاصة به ، فضلاً عن التشخيص الطبى الدقيق لحالة الفصام التى يعانى منها وأخيراً إمكانية تتبع تاريخ وتطور المرض عنده .

٣ - مجموعة من الاستبيانات الموجهة للمرضى :

حيث تم تصميم مجموعة من الاستبيانات ؛ بهدف تعرف استجابات واتجاهات أفراد العينة لما يقدم إليهم فى إطار البرنامج من مواد ، وبيان طبيعة التغير فى بنية كل منهم المعرفية نتيجة تعرضه للبرنامج ؛ لذا فقد روعى فى تصميم هذه الاستبيانات سواء من حيث البناء أو المحتوى أن تأتى مناسبة لطبيعة مرضى الفصام من جهة ، وملبية للهدف المرجو تحقيقه من وراء تطبيق البرنامج من جهة أخرى ، ومما تجدر الإشارة إليه فى هذا

(١) أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . مرجع سابق ، ص ٢٥١ .

السياق أنه بعد البناء والصياغة الأولية لهذه الاستبيانات قد تم عرضها على بعض المحكمين من الأطباء والأخصائيين النفسيين للاطمئنان إلى دقتها وسلامتها من حيث قدرتها على قياس ما يراد قياسه ، ثم عرضت بعد تنقيحها على الدكتور يحيى الرخاوى المسئول عن الخطة العلاجية والمشرف على مراحل التطبيق فى المستشفى موضع التطبيق ، وقد روعى فى هذه الاستبيانات عدة معايير من أبرزها :

(أ) قلة عدد الأسئلة وتدرجها بشكل منطقى وصياغتها بلغة بسيطة (فليس هناك ما يمنع أن تتضمن بعض الكلمات العامية) ؛ حتى يسهل فهمها من جانب المرضى .

(ب) استخدام أنماط طباعية مميزة وعلامات تنصيص للكلمات أو الجمل المراد لفت انتباه المريض إليها وتركيز اهتمامه عليها ، ومراعاة للآثار الجانبية التى يعانى منها مريض الفصام نتيجة تناوله لأدوية مضادات الذهان ، الاكتئاب مثل : زغللة فى العينين وصعوبة فى القراءة خاصة للأحرف الصغيرة .

(جـ) الحد قدر الإمكان من أسئلة الاختيار من متعدد Multiple Choice Questions والإكثار من الأسئلة مفتوحة النهايات Open Ended Questions ، وهو ما كانت تحرص فلورانس ديمون كليرى Florence Damon Cleary على اتباعه فى برامجها الناجحة للعلاج بالقراءة حيث كانت تحرص على استخدام هذا النمط من الأسئلة ؛ بهدف تيسير تحليل مضمونها فيما بعد ، حيث يتميز هذا النوع الأخير من الأسئلة (الأسئلة المفتوحة) بأنه يتيح للمريض التعبير عن نفسه ، وعدم تقييد فكره ، وجعله يلقى بما فى مكنون عقله ونفسه من كلمات تمثل أهمية كبيرة عند تحليلها لفهم خط سير الحالة واتجاه تطور المرض ، كذلك لتجنيبه ما يمكن أن تمثله أسئلة الاختيار من متعدد من بلبلة وإرهاق للذهن للبحث فى أكثر من بديل ؛ خاصة إذا شعرنا بمدى ما يعانيه مريض الفصام من ضعف القدرة على التركيز والقابلية للتشتت الذهنى(١) .

---

(1) Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy: A state of the Art. In: Advances in Library Administration and Organization.- Vol.9, 1991.- p 41.

ونتيجة لما سبق كان لزامًا ضرورة الجلوس إلى جوار كل مريض أثناء إجابته على كل استبيان ؛ من أجل بث الطمأنينة فى نفسه وتوضيح ما قد يلتبس عليه أو لا يفهمه من أسئلة ، لكن مع الحرص على عدم توجيه المريض أو الإيعاز له بإجابة معينة أو حتى طريقة معينة فى الرد ، تحقيقًا للحيادية وعدم فرض اتجاهات أو توجهات شخصية على استجابات المرضى .

٤ - تقارير الهيئة الطبية المعالجة :

والتى من خلالها يمكن معرفة تطور حالة كل فرد من أفراد العينة ، وكذا مستوى وطبيعة التحسن الذى طرأ عليه بعد مشاركته فى برنامج العلاج بالقراءة ، سواء على المستوى الكلينيكى الطبى الذى يتضح من خلال المتابعة الطبية والمرور اليومى ، وكذا الاختبارات النفسية التى تجرى بشكل دورى لكل مريض ، أو على المستوى المعرفى والاجتماعى الذى يظهر فى جلسات العلاج الجمعى ، ومدى المشاركة فى الأنشطة العلاجية الأخرى ، فضلاً عن الاحتكاك اليومى اللصيق مع الأطباء وهيئة التمريض والمرضى الآخرين .

وبنظرة شاملة على ظروف التطبيق والحدود المشار إليها آنفًا نجد أنه قد روعى أن تأتى العينة ممثلة قدر الإمكان لفئات من مرضى الفصام المقيمين بالمستشفى خلال فترة تطبيق البرنامج ، وملائمة فى الوقت نفسه لطبيعة تجربة البرنامج المراد تطبيقه ، هذا وقد حرص أيضًا فى حدود الظروف والإمكانات المتاحة على تحقيق التوازن والتنوع بين أفراد العينة من حيث المتغيرات الدخيلة : كالعقاقير ، والجلسات الكهربية ، ومدة المرض . . . إلخ ، من خلال ضمان قدر من التعاون والمتابعة والتنسيق مع الهيئة الطبية المشرفة على علاج المرضى الذين شملهم التطبيق ، ومع ذلك ورغم كل هذه الاحتياطات والتدابير فلابد من التسليم بحقيقة يكاد يجمع عليها جل - إن لم يكن كل الباحثين فى مجال الإنسانيات والعلوم الاجتماعية - وهى أنه من الصعوبة بمكان ونحن فى سياق التعامل مع ظواهر بشرية ، استبعاد أو عزل تأثير أى من المتغيرات تمامًا ولكن أقصى ما يمكن عمله هو ضبط هذه المتغيرات أو العوامل وتثبيتها قدر الإمكان ؛ وذلك تحقيقًا لأكبر قدر من

الصدق والثبات فى النتائج المستخلصة ، وكذا ضمان إمكانية تعميم هذه النتائج على جميع أفراد المجتمع المأخوذة منه العينة ، وكذا المجتمعات المناظرة التى تتوافر بها الظروف نفسها .

٣-٣ - برنامج العلاج بالقراءة المطبق فى التجربة :

يمكن إجمال عناصر برنامج العلاج بالقراءة موضوع التطبيق فيما يلى :

٣-٣-١ - التمهيد :

بداية ينبغى الإشارة إلى أنه قد تم فى إطار هذا البرنامج تبنى التعريف الإجرائى التالى لمصطلح العلاج بالقراءة وهو أنه : « عملية يتم فيها استخدام مختلف أنماط النتاج الفكرى أياً كان الشكل المادى الذى صب فيه ثم إقامة حوار ونقاش حول هذا النتاج ، بشكل منهجى منظم ضمن برنامج علاجى تدعيمى تأهيلى سابق الإعداد ، يهدف إلى مساعدة فرد بعينه أو مجموعة أفراد فى التغلب على ما يعانونه من مشكلات نفسية أو بدنية أو اجتماعية . . . إلخ ، ومن خلال تبصيرهم بأبعاد تلك المشكلات كخطوة أولى نحو حلها أو على الأقل التعايش معها ، وقد يكون هذا النمط من العلاج مؤسسياً أو كلينيكياً أو تنموياً » .

كما تم الاسترشاد أثناء التطبيق ورصد النتائج المتمخضة عن هذا التطبيق بالإطار العريض والروح العامة للخطوات الست التى حددتها مارجريت مونروى Margaret Monroe ، وسبقت الإشارة إليها فى الفصل الخاص بالعلاج بالقراءة فى هذا العمل ، مع التوجه نحو هدف عام مشترك هو الإسهام فى تحقيق « درجة من التحسن Improvement » لدى مرضى الفصام من خلال تحسين قدراتهم الإدراكية والمعرفية وتعديل بعض المفاهيم المرضية الخاطئة الراسخة لديهم ، عن طريق تحقيق درجة أعمق من الاستبصار والوعى بمفهومى الصحة والمرض فضلاً عن تأكيد أهمية إدراك الآخر والتواصل معه .

وتأسيسًا على ما سبق ، وفى ضوء المناقشات المستفيضة والحوار الدائم مع الأطباء والأخصائيين العاملين بالمستشفى محل التطبيق ، واستيعاب الفلسفة الخاصة بأسلوب العمل داخلها ، فضلاً عن المعايشة اللصيقة والممتدة للمرضى ؛ خاصة أفراد العينة المختارة ، فقد لوحظ أفضلية وملاءمة أن يسير برنامجه للعلاج بالقراءة فى ثلاثة مسارات تطبيقية أو - إن جاز التعبير - ثلاثة برامج فرعية تم تضمينها جميعًا بين ثنايا منظومة الخطة العلاجية الشاملة للمرضى من أفراد العينة فى سداها ولحمتها ، انطلاقًا من الأسباب التالية :

١ - أن هذه هى المسارات أو البرامج الفرعية التى تم التوصل إليها بناء على الحوار، وتبادل الرأى مع المختصين فى موقع التطبيق ، لكونهم المسئولين عن والقائمين على صياغة خطة العلاج فى صورتها المتكاملة .

٢ - أن كل مسار من هذه المسارات أو البرامج الفرعية يؤدى دوره فى الخطة العلاجية بشكل مختلف عن الآخر ، ويرتبط بتصور نظرى وكلينيكى خاص به .

٣ - بناء على النقطة السابقة ، فإن كل مسار من هذه المسارات أو البرامج الفرعية يمكن أن يكون مفيدًا لفئة من المرضى دون أخرى ، بل لأفراد الفئة نفسها ولكن فى مرحلة بعينها من مراحل المرض دون أخرى .

٤ - وكذلك أيضًا ، يمكن أن يستفيد مريض بعينه من كل المسارات أو البرامج الفرعية الثلاثة بشكل مختلف ودرجة مختلفة عن غيره .

٥ - أخيرًا ، حرص الباحث على أن يأتى البرنامج المطبق - باعتباره محاولة تطبيق أولية فى مجال العلاج بالقراءة من منظور مكتبى مصرى بحت - متسمًا بقدر من التنوع على مختلف الأصعدة والمآتى المرتبطة بالعلاج بالقراءة ، سواء من حيث نوع العلاج بالقراءة المطبق أو أسلوب التطبيق ، أو نوع المادة القرائية المقدمة وأسلوب عرضها ؛ استنادًا إلى الكتابات النظرية حول العلاج بالقراءة والممارسة الكلينيكية المتبعة فى المستشفى محل التطبيق .

٣-٣-٢ - المسار أو البرنامج الفرعى الأول :

٣-٣-٢-١ - الهدف :

اختبار مدى تأثير استخدام العلاج بالقراءة - وتحديداً العلاج بالقراءة المؤسسى - ضمن منظومة الخطة العلاجية لمريض ذى تشخيص مركب من الفصام والوساوس ، من خلال تزويده بمعلومات حقائقية حول طبيعة مرضه ، ثم إلزامه بتكليفات قرائية وكتابية من شأنها إعادة تنظيم التفكير ومنظومات الوعى لديه ؛ بما يؤدى إلى إحلال المفاهيم والاعتقادات السليمة محل الاعتقادات المرضية اعتماداً على الترجمة (التفسير) والتصحيح أكثر من المحو والاستبعاد والإنكار .

هذا وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذا المسار من البرنامج يصنف تحت فئة « تصميم الفرد الواحد » أحد أنماط البحوث التجريبية ؛ خاصة تلك التى تهدف إلى تعديل السلوك ، وكذلك اكتشاف العلاقات الترابطية المحتملة (التأثير والتأثر) ، ويقوم على تسجيل الملحوظات الدقيقة المتعلقة بسلوك الفرد قبل الإجراء العلاجى فيما يطلق عليه الحالة (أ) ليمثل خط قاعدة ومع مرور الوقت وإلى أن يصير الفرد فى الحالة (ب) أى بعد التغير المحتمل ، يتم تقييم هذا التحول وفعالية المعالجة من خلال المقارنة بين الملحوظات على الحالتين .

ويختلف « تصميم الفرد الواحد » عن « دراسة الحالة » فى أنه فى ظاهره وجوهره هو معالجة تجريبية ، فى حين أن دراسة الحالة هى عبارة عن وصف متعمق للفرد . وعلى الرغم من أن هناك من ينقد هذا النمط من البحوث مبينًا افتقاده إلى الصدق الخارجى أى عدم إمكانية تعميم النتائج على المجتمع الذى ينتمى إليه الفرد الذى أجرى عليه البحث ، إلى أنه فى المقابل يمكن الرد على ذلك بالقول بأنه لا يمكن أيضًا فى البحوث التى تجرى على مجموعة أن نعمم النتائج على أى فرد فيها ، حيث أن متوسط أداء الجماعة فى الاختبار البعدى لا يعكس أداء أى فرد فيها بشكل كامل ، ومن ثم يتضح أن لكل من تصميمات الفرد الواحد والتصميمات الجمعية مشكلات التعميم المرتبطة بها ، وبالتالى يتبقى شرف المحاولة وبذل الجهد فى سبيل تحقيق النتائج المرجوة والدعوة إلى التمثل

وتهيئة الظروف نفسها قدر المستطاع لتكرار الخروج بهذه النتائج الإيجابية المبشرة نفسها، وبقيام باحثين آخرين بإجراء البحث نفسه باستخدام تصميم الفرد الواحد على أفراد آخرين وحصلوا على النتائج نفسها ، يصبح لدينا ثقة أكبر فى أسلوب المعالجة المستخدم[1] .

٣-٣-٢-٢ - المستهدفون :

أحد أفراد العينة الذى تتميز حالته بوفرة الأعراض وطلاقتها ، والتى نجمل أبعادها من واقع التقرير الطبى الخاص به على النحو التالى :

شاب يبلغ من العمر ١٩ عامًا (الولد الأول بين اثنين ؛ حيث أن له أختًا تصغره بخمسة أعوام فى الصف الأول الثانوى) ، مهندم ، متعاون ، تواصله بالعين جيد ، لا يقوم بحركات غريبة ، ولا يتخذ أوضاعًا ثابتة ، متوقف دراسياً منذ عامين (فى الصف الثالث الثانوى - أدبى) مع وجود تدهور شديد فى علاقاته الاجتماعية ، وزيادة مطردة فى الوزن (١٢٠ كجم ، متوسط القامة) مع ظهور ميول عدوانية تجاه الأسرة ، وشهوة لاإرادية وميل جنسى قسرى يصل إلى درجة السلوك تجاه إحدى المحارم وهى الأم ، مع أعراض وسواسية قهرية وهلاوس سمعية تفاقمت حدتها إلى حد السيطرة الكاملة على حياته متمثلة أساسًا فى طقوس النظافة المرتبطة بالجنس ، كما يوجد تاريخ عائلى إيجابى فيما يتعلق بالإصابة بمرض الفصام ، حيث يعانى خال المريض من حالة فصام مزمن منذ سنوات ومايزال تحت العلاج حتى الآن ، كذلك انتابت والد المريض نوبة مرضية تمثلت فى أعراض وسواسية خلال المرحلة الثانوية ، استمرت لمدة عامين ثم شفى منها دون تدخل طبى ، كما تابعت أخت المريض مع أحد الأطباء النفسيين منذ عام عندما كانت فى السنة الثالثة الإعدادية لمدة ثلاثة أشهر لمعاناتها من فرط القلق والتوتر وعدم التركيز ، وأخيراً ذكر أن خالة والد المريض كانت تعانى من مرض الوسواس القهرى .

---

(١) رجاء محمود أبو علام (١٩٩٩) مناهج البحث فى العلوم النفسية والتربوية . مرجع سابق . ص ص ٢٢٣ - ٢٢٥ .

وهكذا يتضح لنا إلى أى مدى تتميز الحالة بزخم ملحوظ فى التاريخ المرضى للعائلة المتصلة بها ، كذلك تلك الغرابة التى يبدو عليها شكل علاقة المريض بوالدته والتى تتخذ شكلاً أوديبيّاً ، مع شعور المريض بالدناءة من جراء ما يعتمل داخله ، والذى عادة ما يستتبعه شعور عميق بالذنب والندم . كل ذلك يجعلها حالة جديرة بالبحث وافية لغرضه .

ولإعطاء صورة أقرب لمختلف جوانب الحالة فيما يلى بعض المعلومات التى تضمنها تقرير عرض الحالة :

(أ) وصف لأفراد أسرة المريض والجو الأسرى والظروف المعيشية (٢٠٠١/٩/٢٩) :

* **الأب** : ٥٢ عامًا ، حاصل على دبلوم صنايع ، ويعمل كهربائى منازل (تحت الطلب حيث أنه لا يمتلك ورشة خاصة) ، انطوائى ، علاقاته محدودة بالآخرين ، عصبى ، متدين يصلى ويصوم منذ الصغر ، تصفه الأم : « هو عنده التقطيم فظيع ، دايمًا ينتقد فىّ أنا والعيال ، ما فيش صداقة بينه وبين (. . . المريض) ، هو تأثيره سلبى على العيال بنقده ليهم، وعمره ما شجعهم » ، ويصفه المريض « بابا عصبى ، وبيتنرفز بسرعة، هو بيحبنى جداً وأنا بحبه ؛ بس هو ما بيبينش عشان خاطر ما أبوظش وكده » .

* **الأم** : ٣٩ عامًا، حاصلة على دبلوم تجارة، ربة منزل ، طيبة، هادئة ، اجتماعية، متدينة (ترتدى خماراً) ، تمارس الحماية الزائدة على أولادها وبالأخص المريض . يصفها المريض : « هى بتحبنى جداً ، وبتغفر لى حاجات كتير ، وبتسامحنى فى حاجات كتير ، كان فيه حاجات كنت باعملها وأنا صغير وكانت ما تقولش لبابا » ، وتعلق الأم نفسها على هذا الجانب : « أنا مش عارفة الاهتمام بتاعى قلب العكس ؟! ، من كتر اهتمامى بـ(. . . المريض) وأخته عكس ، وربنا يسهل . . » .

* **الأخت** : ١٤ عامًا ، فى الصف الأول الثانوى ، انطوائية ، طيبة ، خجولة ، قلوقة جداً ، علاقتها محدودة بالآخرين ، متفوقة دراسيّاً ، يصفها المريض : « أنا مابحبهاش من صغرى عشان أنا مابحبش البنات ، كنت باضربها وأمنعها عن المذاكرة ، يمكن هى أكتر واحدة بتتظلم معايا ، وفى مرة كسرت صباع إيدها » .

* الجو الأسرى : لا توجد صلة قرابة بين الوالد والوالدة ، زواج تقليدى عن طريق العائلة ، هذا وعلى الرغم من العلاقة الطيبة بينهما ، إلا أنه يلاحظ سيطرة الأم بشكل كبير ، فالأب ترك لها حق التصرف فى جميع الأمور وهى المهتمة بالأبناء ومسئوليات المنزل[1] ، وإن كان يرجع إليه فى عدد محدود من القرارات ، علاقة المريض جيدة بأفراد العائلة الكبيرة ؛ خاصة أهل الأم حيث اعتاد المريض على التنقل بين منزله ومنزل جدته لوالدته والمبيت عندها .

* الظروف المعيشية : يعيش المريض منذ مولده مع أسرته فى شقة ببولاق الدكرور ، إيجار قديم (٢٢ جنيهًا) بها جميع الكماليات ، مكونة من ثلاث غرف وصالة ، ينام المريض منذ ثلاث سنوات فى غرفة بمفرده ، بينما ينام الأب والأم والأخت فى غرفة أخرى بها سرير بدورين ، وتعتمد الأسرة فى تغطية نفقاتها على دخل الأب الذى يبلغ فى المتوسط ستمائة جنيه شهرياً .

ومنذ بداية هجمة المرض ، والمريض يكاد يسيطر على كل شىء فى المنزل ؛ فكل رغباته مجابة .

(ب) التاريخ الشخصى للمريض :

عمر الأم أثناء الحمل والولادة واحد وعشرين عامًا ، ولم تتعرض لأى مشكلات أثناء الحمل أو الولادة ، وإن جاء الحمل غير مكتمل حيث تمت الولادة فى الشهر السابع ؛ ولادة طبيعية فى عيادة خاصة بواسطة طبيب ، الرضاعة غير طبيعية (لبن صناعى) بررتها الأم بوجود مشكلات كان يعانى منها المريض فى اللسان واللثة أوجدت صعوبة لديه فى الرضاعة ، كما تأخر المريض فى المشى حتى عامين ونصف العام .

---

(١) هناك فرضية مفادها أن كثيراً من مرضى الفصام ينحدرون من عائلات ، الأم فيها هى المسيطرة بينما الأب ضعيف الشخصية ولا دور له أو أنه غائب .
المصدر :
- عبد المنعم الحفنى (١٩٩٢) الموسوعة النفسية الجنسية . القاهرة : مكتبة مدبولى ، ١٩٩٢ . ص٣٣٥.

(جـ) التاريخ الدراسى :

دخل المريض المدرسة فى سن السادسة (مدرسة خاصة مشتركة) وانتظم فى الدراسة بتفوق ؛ حيث لم يرسب فى أى سنة من سنوات المرحلة الابتدائية ، أو الإعدادية حيث حصل على ٨٢٪ (١٩٩٧) مما أهله لدخول الثانوى العام (مدرسة حكومية) ، ويصف المريض علاقاته بأصدقائه فى هاتين المرحلتين : « كنت مابحبش أصاحب البنات ، الصبيان بس ، وكنت شاطر » ، نجح المريض فى الصف الأول الثانوى حيث حصل على ٧٩٪ ، ثم انتقل إلى الصف الثانى علمى ، ثم مع بداية هجمة المرض حول مع انتقاله للصف الثالث الثانوى إلى القسم الأدبى ، ولم يدخل الامتحان فى السنة الأولى ثم دخله فى السنة الثانية ورسب ، ثم أرجأ دخوله الامتحان فى السنة الثالثة إلى أن تتحسن حالته المرضية .

(د) التاريخ الجنسى :

أول معلومة جنسية تلقاها المريض كانت عن طريق الأصدقاء ، وتم البلوغ فى سن الرابعة عشرة .

(يمارس المريض العادة السرية بشكل كبير ، ولا يعقب ممارستها أى شعور بالذنب) .

(وهناك تاريخ لمداعبات جنسية من جانب واحد مع خالتى المريض أثناء تصادف نومه بجوار أى منهما ؛ وذلك مرة أو مرتين خلال الصف الأول من المرحلة الثانوية) .

(هذا علاوة على ما ذكر على صعيد توجهه الجنسى الشاذ نحو أمه) .

(هـ) التاريخ العاطفى :

يذكر المريض : « كنت حبيت واحدة أكبر منى ؛ كنت أحب الستات الكبار ، كانت هى أكبر منى بست سنين ، كنت لما باروح لها ، كنت أرتعش وعايز أشوفها ، هى جارة ستى ، الحب ده كان من طرف واحد » .

(و) التاريخ الدينى :

بدأ المريض الصلاة فى سن صغيرة ، أما الصوم فبدأه من سن الثانية عشرة ، وفيما يتعلق بالصوم تحديداً يذكر المريض : « بس فطرت كام يوم وأنا فى تالتة إعدادى ؛ عشان

كنت جعان وعندى امتحان ، فوالدتى قالت ليا كل وربنا يغفر لك » ويذكر المريض أنه يقرأ القرآن الكريم بشكل غير منتظم .

(ى) نص ما جاء على لسان والدة المريض عند دخوله المستشفى (٢٠٠١/٩/٢٩) :

« هو من أواخر تالتة إعدادى بدأ يسأل المدرسين عن أى حاجة بزيادة . وفى أولى ثانوى بدأت تظهر بعض الحاجات : زى مثلاً يغسل إيديه كتير ، كل دى كانت حاجات بسيطة ، وفى سنة تانية ثانوى زادت كتير ، ويبقى قاعد يذاكر والكتب قدامه فيقعد يعدل فيها ، ويغسل إيديه كتير ، ويفضل يستحمى بالساعات ، ويعيد الكلام كتير فى الدرس لحد المدرس ما طرده من الدرس ، ولما العملية زادت ، روحنا نعالجه عند الدكتور الرخاوى فى العيادة ، فقلت الوساوس شوية مع الأدوية ، لكن الأدوية كانت بتنومه ، وكان الدكتور الرخاوى يقول له ذاكر ما يرضاش . وفى الفترة دى زادت الحاجات العدوانية وكان مرة هيخنقنى ، وفى الفترة الأخيرة بقى يكره الاستحمام عشان بيقول أصل أنا حوسوس ، ويقول لى ، مثلاً ، إنت شتمتينى ، ويكرر ، وعايز يخليك تعيد الكلام ، وتكرر الكلام ، ويقول ليا زيحى رجلك من جنبى عشان أنا خبطك ، ويقول ليا أنا عايز أطمن تعالى نامى جنبى ، ويبوس راسى ، ويبوس خدى ، ولو شخطت فيه يزعق ويلوح دراعى ، وحاجات كده . . كمان المشكلة لما يكون معانا فى البيت ؛ يرذل بأى شكل ويعطل أخته عن المذاكرة ، اليومين دول اللى تاعبنا جداً بقى عصبى ، آخر عدوانية ، والأكل بطريقة فظيعة ، ويقعد يسمى كتير ويشاور على الأكل وبعدين يرجع يسمى ، ودايمًا يشك فى نفسه وفى تصرفاته ، يكون قاعد ساكت وفجأة يقول ليا أنا قلت حاجة ؟ ، هوا الناس سمعونى ؟ ، عشان كدة جبناه المستشفى زى الدكتور يحيى ما قال » .

(ك) نص ما جاء على لسان المريض عند دخوله المستشفى (٢٠٠١/٩/٢٩) :

أنا زهقت ، يجيلى وساوس تقعد تزن فى دماغى تقولى اضرب مامتك مثلاً أنا طبيعتى عدوانى شوية ، بضايق مامتى ، ومرة كنت حاموت مامتى ، بيجيلى وساوس فى كل حاجة ، وبيجيلى فى الصلاة ويقول لى انت بتكره ربنا ، وبيجيلى فى الوضوء

ويخلينى أفتكر إنى قليل الأدب ، ويخلينى اتضايق وأشيل الذنب وأزعل ، المرض ده تعبنى جداً من ٣ سنوات فى الدروس بيخلينى أعيد الكلام والأسئلة ، ولو خبطت مامتى بالصدفة ، الأصوات تقول لى انت قصدك قلة أدب ، بلاقى نفس طبيعتى عدوانية أول لما باروح البيت ، وعند ستى باكون أهدأ » .

ثم بعد مرور ما يقرب من الشهر على دخوله المستشفى (١٨/ ١٠/ ٢٠٠١) كانت شكواه على النحو التالى :

« من تالتة إعدادى أنا كنت ما اعرفش إنى بوسوس ، المدرسين كانوا بيقولولى انت بتوسوس كده ، وحيجيلك مرض الوساوس ، كنت ما اعرفش يعنى إيه مرض الوساوس ولا حاسس بيه ، يعنى مثلاً حاجة أكون فاهمها فى الدرس أقول عيدها تانى للمدرسين مع إنى فاهمها . ومن تانية ثانوى دخلنا فى الدمار كله ، الوسوسة كانت تعبانى جداً جداً ، حتى إنى كنت مرة باخد درس فمن كتر الوساوس اللى كنت باعملها المدرس طردنى .

وكانت بتجيلى وساوس جامدة فى الحمام ، فاقعد أغسل جامد وأفضل فى الحمام يمكن ٣ ساعات أو أكتر ، ولما كنت أعمل العادة السرية ، كنت أحس الحيوانات المنوية لسه على جسمى على الجلد ، ولما أطلع من الحمام وأكون خلصت حموم أسمع حاجة تقولى إنت نجس فاستحمى تانى وتالت ، وساعات كنت أقعد استحمى مرة واحدة كبيرة وخلاص ، وأقعد بعدها أغسل الحمام والأرضية والبلاعة بالصابون والسافو ، وكمان الجرادل .

وكانت الوساوس اللى باسمعها ساعات تجيلى فى المذاكرة تقوللى دى مش معدولة إعدلها فأعدلها ، وتانى دى مش معدولة إعدلها ، لغاية ما كرهت المذاكرة ، وساعات تجيلى فى الوضوء وتقولى انت عملت ريح . . انت عملت ريح لحد ما كرهت الوضوء عشان مش عارف عملت والا لأ ، أو تقوللى انت شتمت ربنا فاستغفر كتير ، أو إنى صليت تلاتة بدل أربعة فأعيد لحد ما تجننى .

أحيانًا كنت أخبط والدتى غصب عنى فالاقى حاجة تقوللى إنت قصدك قلة أدب ، أسمعها بصوت عالى ، وفى حاجة كانت تحصل الأيام دى كنت أقعد أبوسها فى إيدها وفى خدها ، ما اعرفش أنى وجهت الغريزة الجنسية عليها ولا مش عارف .

والوساوس دلوقتى تيجى مثلاً أفهم حد غلط مثلاً يقول لى أنا بحبك ، فحاجة تقوللى ما بيحبكش ، وأى سؤال يتجاوب بـ لأ ، وكنت عايز أموت نفسى ، جاتلى حاجة تقولى إشرب سم ، أو أى حاجة تريحك ، بس أمى قالت لى عايز تموت كافر .

كنت نايم على طول ، وكرهت المذاكرة كلها ، وسبت الدروس وما دخلتش الإمتحان . ودلوقتى بقت قوة ذكائى ضعيفة شوية .

وكنت أقعد أعيط كتير ، يمكن ده من التخن ؟ مش عارف .

كنت أقعد أعيط أقول ليه يا رب جبت ليا المرض ده » .

(ل) الانطباع المبدئى (الإشكال التشخيصى) :

من كل ما سبق نجد أن الحالة تقع ما بين اضطراب الوسواس القهرى والفصام غير المتميز ، ومع ترجيح التشخيص الأول ، إلا أن تجسيد الوساوس فى شكل هلاوس سمعية صريحة فى أحيان ليست قليلة ، وكذلك التوقف (التدهور) الدراسى ، والنكوص[1] ، بالإضافة إلى التاريخ الأسرى الإيجابى لكل من الفصام والوسواس ، يجعلنا نتناول الحالة - ديناميًا وتركيبيًا - باعتبار أنها دفاع وسواسى مفرط ضد تهديد بتفسخ فصامى لم يعد كامنًا تمامًا .

هذا ، وقد كان احتفاظ المريض بدرجة كافية من « البصيرة » عاملاً مساعدًا يبرر اختياره تحديدًا لهذا المسار من التطبيق ، وإن لم تكن تلك البصيرة كافية ولا رادعة لدرجة تنفى « الفصام » .

(١) « النكوص Regression » : يقصد به الارتداد إلى مرحلة باكرة ، وهو حيلة دفاعية يتجنب بها الفرد القلق (الجزئى أو الكلى) بالعودة إلى مرحلة باكرة من مراحل التطور اللبيدى (الجنسى) أو الأنوى .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. 4thed. Cairo: Madbouli Bookshop, 1994. p. 722.

كذلك فقد كانت المشاعر الجنسية تجاه المحارم ؛ خاصة الأم ، والتى وصلت إلى درجة السلوك مجالاً مناسبًا للتطبيق على صعيد العلاج بالقراءة المؤسسى عن طريق الإنارة المعرفية بالقراءة والكتابة ، ضمن الخطة العلاجية ككل .

انطلاقًا من هذا التصور ، جاءت مراحل التطبيق على الوجه التالى :

٣-٣-٢-٣ - المحتوى ومراحل التطبيق :

انتظمت خطوات تطبيق هذا المسار من البرنامج ، والذى يعتبر فى مجمله برنامجًا للعلاج المعرفى بالقراءة والكتابة ، على النحو التالى :

أولاً : إجراء مقابلة كلينيكية كاملة :(استغرقت ما يقرب من الساعتين ونصف الساعة) مع المريض ؛ شملت عرض الطبيب مقدم الحالة ، ثم مقابلة مع الدكتور يحيى الرخاوى (المشرف على التطبيق العملى) ، وبحضور كل من مجموعة هيئة المستشفى من أطباء وأخصائيين وصاحب هذا العمل ؛ بهدف بيان طبيعة الحالة ، وتحديد المحتوى المعرفى فى الأساس ، بالإضافة إلى التشخيص الوصفى لها .

هذا وسوف يتم إيراد المقابلة « بنصها كاملة » مع التعقيب على كل جزء ؛ بهدف التفسير والتأويل ؛ خاصة فيما يتعلق بجانب التعديل المعرفى بالقراءة والكتابة ، وما ورد من تعقيبات ببعض المعلومات التى ساعدت فى صياغة البرنامج من الناحية السلوكية والسيكوباثولوجية (الإمراضية) ، وأيضًا لتوضيح طبيعة الأسلوب العلاجى المواجهى المرتبط أساسًا بالوسط العلاجى الذى تتم فيه عملية التطبيق ، مع ضرورة تأكيد أن كل المتضمن من معلومات طبية ونفسية بحتة قد استثير فيها الطبيب الذى أجرى المقابلة .

وتجدر الإشارة إلى أنه مع الالتزام هنا ببيان ما جاء فى المحاورة حرفيّاً ، فقد تم إدخال بعض الشروح بين قوسين كلما لزم الأمر ؛ بهدف نقل روح الصورة كتابة ، كذلك وضعت ثلاث نقاط علامة على الحذف اللازم لبعض العبارات الخارجة تمامًا ، أو المخلة بالسياق؛ ولكن ذلك لم يحدث إلا فيما ندر ، وعند الاطمئنان إلى أن ما تم حذفه سوف يفهم من السياق .

والمقابلة المعروض نصها هنا ، هى نص ما دار بين الدكتور يحيى الرخاوى المشرف على التطبيق العملى (الطبيب) بعد تقديم الطبيب الصغير للحالة (المريض) :

الطبيب : إزيك يا (. . . اسم المريض)

المريض : كويس

الطبيب : ده إنت متنيل . . . ، كويس إيه ؟!

المريض : (يهز رأسه بالإيجاب) آه .

الطبيب : آه إيه ؟ متنيل ؟ موافق ؟

المريض : إنتوا عرفتوا أسرارى ؟

الطبيب : إنت ليك أسرار ؟ إنت خليت أسرار ؟

المريض : ما هو اللى قال لى قول الحقيقة (يشير إلى الطبيب الصغير مقدم الحالة) يعنى أنا الحق عليا إنى قلت أسرارى ؟ .

[**التعقيب** : يلاحظ هنا نوع المقابلة المثيرة للتحدى والتعرى معًا بشكل مواجهى] .

الطبيب : . . أنا هاستأذنك بس . . أعرفك بينا . . ده اجتماع علمى . . - (مداخلة من المريض : أنا ما باحبش الستات يقعدوا هنا بقى) - . . أ. . . . (الطبيب مقدم الحالة) قعد معاك وخد تاريخ المرض كله ، مش كده ؟

المريض : آه .

[**التعقيب** : يلاحظ أنه بالرغم مما ورد فى المقابلة من معلومات تفيد فى بيان كيف أن المريض يأتى بأفعال جنسية نزوية يعجز عن أن يقاومها عادة ، فإنه يتحفظ على أن يجلس فى الاجتماع العلمى إناث حتى لو كن طبيبات أو معالجات أو أخصائيات .

مثل هذه الملحوظة ، قد تشير إلى حاجة المريض إلى تجنب الإثارة ؛ لضعف الكبت ، وبالتالى فإن رفض جلوس الستات فى الاجتماع العلمى يبدو بمثابة استعمال تكوين رد الفعل Reaction Formulation] .

الطبيب : هو وصف لنا حالتك بطريقة علمية تساعدك . . قالها لنا من الأول للآخر ، ليه سميتها أسرار ؟

المريض : إنت قلت أنا عملت بلاوى . . بلاوى إيه مش عارف . . ؟

الطبيب : أنا قلت إنت متنيل . . أنا ما قلتش بلاوى .

المريض : أنا تعبان .

[**التعقيب** :يلاحظ هنا أن المريض يسمع ما يريد بالتقريب متجاوزاً الدقة ، حيث ردد عبارة لم يقلها الطبيب أصلاً « أنت قلت بلاوى » وحين صححه الطبيب « أنا ما قلتش بلاوى !! . . . أنا قلت متنيل » واصل المريض دون الوقوف عند التصحيح] .

الطبيب : نعم ؟

المريض : أنا تعبان . . . (يهز رأسه كثيراً) .

الطبيب : أنا عارف أنك تعبان . . بس إنت مش عارف إنك تعبان .

المريض : لأ عارف إن أنا تعبان . . (يهز رأسه كثيراً) .

الطبيب : عيان يعنى ؟

المريض : أيوه عارف .

[**التعقيب** :يلاحظ هنا أيضًا بداية التصحيح المعرفى حيث واصل الطبيب إصراره على توضيح الفروق بين الألفاظ التى تبدو لأول وهلة مترادفة ، فحين يقول المريض هنا : « تعبان » فهو يشير إلى معاناته أو ضجره أو رفضه أو حرجه سواء مما به أو من الموقف (العرض فى لقاء علمى) ، وحين يصر الطبيب على تأكيد ما يريده من محاولة البحث عن تقييم بصيرة المريض فى حالته ، وأنه « عيان » (مريض) وليس مجرد تعبان ، فهو يسعى إلى بداية اتفاق محدد تتأكد من خلالها العلاقة المهنية الهادفة بين مريض يعانى وطبيب يعالج ، وليس بين تعبان يسعى إلى الراحة والسلام ، ومستمع يطيب خاطره] .

الطبيب : طب والحل إيه ؟

المريض : (متعجبًا !!) الحل إيه ؟ هو أنا اللى أعرف ؟!

الطبيب : مش إنت اتكلمت مع د. . . . ، ود. . . . (الطبيبان المسئولان عن إدارة جلسات العلاج الجمعى Group therapy) . . وكده؟ وكنت لمض فى الجروب[1]؟

المريض : دكتور . . . (اسم الطبيب المسئول عن جلسات العلاج الجمعى) هو اللى بيخلينى أتكلم فى الجروب .

الطبيب : ما انت لازم تتكلم . . أمال إنت رايح الجروب تعمل إيه ؟ .

[**التعقيب** : يلاحظ هنا الربط بين ما يجرى فى موقف علاجى آخر ، وبين الهدف من المقابلة الحالية ، وهذا الربط هو من طبيعة تكنيكات (تقنيات) العلاج المتكامل ، الأمر الذى يصعب تنقية المتغيرات الفاعلة علاجياً] .

المريض : (متعجبًا !!) فيه إيه ؟ أنا مش عارف فيه إيه ؟!

الطبيب : فيه إيه ؟ . . علاج . . علم .

المريض : طب خلاص أنا عرفت خلاص

الطبيب ؟ عرفت إيه ؟

المريض : إنه هو علاج علم خلاص

الطبيب : طب حانعمل إيه بقى ؟

المريض : نعمل إيه ؟

الطبيب : انت عرفت إنك حتخلص فلوس أبوك . . غلبان يروح كل بيت علشان يأخذ ٢ جنيه ؟

المريض : (متعجبًا) إيه ده ؟

الطبيب : أبوك . . . مش بيعمل كهرباء للبيوت . . والحاجات دى ؟

المريض : (يهز دماغه بالإيجاب)

الطبيب : طيب . . . لازم يعمل حاجة علشان يقدر يدفع الفلوس . . . نعمل إيه؟ .

(١) لفظ « الجروب Group » يستعمل معربًا منذ سنة ١٩٧٢ بعد استتباب هذا النوع من العلاج فى قسم الطب النفسى بكلية الطب بجامعة القاهرة ، وهو « العلاج الجمعى » ، وقد فشلت محاولات إبدال مصطلح « المجموعة العلاجية » به ، خاصة مع تزايد إيقاع تواتره على ألسنة كل من المرضى والمعالجين .

[**التعقيب** :يلاحظ على الحوار هنا طرحه على المريض أسئلة أكثر مما يعطيه إجابات مباشرة أو حاسمة أو مطمئنة ، كما يشتم فيه قدر من محاولة إيقاظ مسئولية المريض بشكل يوحى باحترام قدراته العقلية (المعرفية) ، ويقربه من العلاقة بالواقع مثل : تذكرته بكفاح والده اليومى ليغطى مصاريف علاجه ، وهذا أو ذاك يعتبر تمهيدًا مناسبًا ، يشمل احترامًا ضمنيًا لقدرة المريض المعرفية التى هى أساس مبدئى للعلاج المعرفى ، الذى يعد « العلاج بالقراءة » أحد أنماطه .

إن هذا الموقف ينفى تمامًا – بل ويكاد يحذر من – المقولة الشائعة أن المريض النفسى لا يدرك ، وأنه – كما يقول العامة ، وكما يفعل بعض المبتدئين – لابد أن « نأخذه على قدر عقله » ، مع أننا ينبغى أن نتبين أولاً ما هو « قدر عقله » ، ليس بالاختبارات النفسية فحسب ، وإنما باحترام عقله وإثارة مشاركته حتى ليكاد يصبح ندًا معالجًا وهو مريض ، كما يظهر فى الجزء التالى من الحوار] :

المريض : أنا مش عارف نعمل إيه . . . إنت حضرتك اللى عارف .

الطبيب : لأ أنا (لوحدى) مش عارف . . . إحنا بنعمل سوا أنا والدكاترة ، وربنا بيبارك .

المريض : (ينظر فى الأرض صامتًا لمدة تقترب من الدقيقتين) .

فيستجيب الطبيب والحضور لصمته بصمت بدا طويلاً ، ثم يواصل الطبيب الحوار وقد أدار دفة الحوار فجأة فى اتجاه موضوع آخر ملقيًا على مسامع المريض سؤالاً مباغتًا مباشرًا) .

[**التعقيب** : فى هذا الجزء من الحوار يتأكد ما ذهب إليه فى التعقيب السابق ؛ فالطبيب هنا لا يدعى عدم المعرفة ليستثير مشاركة المريض ، بل هو يعلن الموقف العلاجى المفتوح لكل الاحتمالات ، مهما اتضحت الخطوط العريضة لذلك . إن هذا الموقف أيضًا ليس هو المألوف عند العامة وبعض المعالجين الذين يتصورون أن على الطبيب (المعالج) أن يرد على تساؤلات المريض بحسم علمى طول الوقت ليكتسب ثقته ، هذا الموقف الحالى هنا يشير إلى أن إعلان الطبيب لعجزه المبدئى هو دعوة ضمنية

لاستشارة مشاركة المريض فى « حل الإشكال Problem Solving » وهو التعريف الأساسى للتفكير ذخيرة العلاج المعرفى .

وقد تبين من تعبيرات وجه المريض أثناء فترة الصمت (التى لم يقطعها الطبيب عن قصد) أنه يعمل التفكير فعلاً فيما قاله الطبيب ، وكأنه يتساءل كيف يمكن أن يتحقق ما قاله الطبيب « إحنا بنعمل سوا . . . »] .

ثم نتابع هذه النقلة المفاجئة مباشرة :

الطبيب : بتعمل العادة السرية هنا فى المستشفى فين ؟

المريض : (بابتسامة تنم عن حرج) ليه . . طب ليه بتقول الحاجات دى ليه .

الطبيب : (متسائلاً بهدف التقرير) مش علم ؟!

المريض : (ينظر فى الأرض) لا مش علم

الطبيب : (متسائلاً بتهكم) أمال . . . قلة أدب ؟!

الطبيب : (مكملاً) فى الحمام ولا فى أوضتك ؟!

المريض : لا . . فى الحمام . . مرة واحدة بس ، وما عملتش تانى .

الطبيب : (مراجعًا بتعجب) مرة واحدة فى شهر !!؟

المريض : آه . . والله .

[**التعقيب** : هذه النقلة المفاجئة تشير إلى طبيعة مثل هذه المقابلة التمهيدية الممهدة للعلاج المعرفى (المعتمد على القراءة والكتابة) ، فليس ضرورياً - بل ولا هو مستحب - أن تتسلسل الأسئلة حسب منهج محكم ترتيبه بشكل نمطى ملزم . بل إن الأسئلة تلقى تبعًا لما يفرضه الموقف الحوارى الكلينيكى ؛ مما يضمن فاعلية التأثير وخلو الإجابات المنتظرة من شوائب التعمد أو الفكرة المسبقة المسيطرة .

كما يلاحظ أيضًا على هذه النقلة ما تضمنته من قفز مقتحم لمنطقة شائكة بالنسبة للمريض هى « المنطقة الجنسية » التى تعتبر من أهم محتويات الصورة الكلينيكية عنده ، والطبيب هنا لم يسأل المريض عن تفصيل أو تفسير أعراضه ، وإنما بدأ من موقع طرفى بالنسبة لـ « العادة السرية » ، حيث لم يسأله عما إذا كان يعملها أم لا ؟ وإنما ركز فى سؤاله

عن « المكان الذى تعمل فيه » وكأن عملها أمر مفروغ منه ، ولا يمكن غض الطرف عن أهمية ما يبثه هذا القبول - ولو مؤقتًا أو مرحلياً خاصة فى البدايات الأولى - من ارتياح وطمأنينة فى نفس المريض وتشجيعه على كسر مزيد من الحواجز بينه وبين المحاور وفى الجو الذى تعقد فيه المقابلة ، مما يشجع على المضى فى الحوار .

ورغم إنكار المريض المبدئى ثم إقراره المحدود (الذى سيثبت - فيما يلى من حوار- أنه غير مطابق للواقع الفعلى) فإن النقلة أدت وظيفتها ، وانتقل الحوار إلى الشعور (الضمنى) بالذنب ، متضمنًا الأفكار بعد تجاوز مفاجأة الحرج من السؤال] .

الطبيب : إيه اللى سد نفسك عنها ؟

المريض : بقيت أصلى

الطبيب : (متسائلاً) بتصلى بانتظام ؟

المريض : أيوه

د. يحيى : إمبارح صليت كم مرة ؟

المريض : كله خمس مرات

الطبيب : (متسائلاً) صليت الصبح حاضر قبل طلوع الشمس ؟

المريض : لأ

الطبيب : (متسائلاً) صليت الصبح خالص ؟

المريض : خالص يعنى إيه ؟

الطبيب : يعنى بعد ما صحيت

المريض : أيوه

الطبيب : (متسائلاً) بتصليه إيه . . قضا ؟

المريض : ساعات بصليه قضا ، وساعات موش قضا

الطبيب : إزاى بقى موش قضا ، إمتى الصبح يبقى مش قضا ؟

المريض : قبل الظهر

الطبيب : مين علمك كده ؟ المفروض قبل الشمس ؟

المريض : (متسائلاً) يعنى بعد الشمس يبقى قضا ؟

الطبيب : المفروض

المريض : (مقاطعًا) ماشى

الطبيب : ماشى إيه ؟ .

[**التعقيب** :يلاحظ هنا أيضًا مناقشة التفاصيل (المعرفية) البسيطة ، وهى هنا : الفرق بين صلاة الحاضر وصلاة القضاء وتوقيت ذلك بالنسبة لصلاة الصبح ، إن مثل هذا التحديد (رفض التقريب والاستسهال) المشار إليه فى الجزء السابق من الحوار يمهد أيضًا لنوع العلاج الذى نحن بصدد الإفادة منه . وقد أكد ذلك ما جاء فى الجزء التالى من الحوار] :

المريض : بقول ماشى يعنى .

الطبيب : شوف يا (. . . اسم المريض) أنا عارف إنك عيان وإن ده غصب عنك ، على الأقل فى المدة اللى فاتت ، وإن أهلك مضحيين تضحية جامدة جداً وإنت عمال تاكل وخلاص . . . ، فيه حاجة اشتغلناها فى الجروب . . اللى هى « الاستسهال »

إنت عندك مرض ؛ ومرض كبير وحاولت تحوشه بحاجات وباين مانفعش ، فإنت مستسهل ، حتى الوساوس بتاعتك اللى هى شديدة جداً . . .

[**التعقيب** :إن كلمة « ماشى » هذه التى جاء ذكرها من جانب المريض ، والتى شاع استخدامها مؤخراً فى معجم الشباب المصرى (كمقابل للكلمة الإنجليزية .O.K فى الأغلب) وهى تعنى الموافقة السهلة المباشرة ، هذه الكلمة تعمد الطبيب التوقف عندها بهدف تعميق الدقة وتأكيد جدية الحوار ، وهذا أيضًا ربط بموقف سابق تمت مناقشته ضمن جلسات العلاج الجمعى وهو « الاستسهال » ؛ هذا السلوك الشائع مؤخراً (أو منذ قديم) فى المجتمع المصرى ، كان موضوعًا « للشغل فيه » (أى إدارة جلسة العلاج الجمعى حوله) شارك فيه معظم أفراد المجموعة العلاجية - بمن فيهم المريض - قبل أيام من إجراء المقابلة .

إن ذلك يؤكد على ضرورة أن نضع فى الاعتبار السمات الثقافية لمجتمع المريض فى فترة زمنية محددة ، وعند الطبقة التى ينتمى إليها ، ونحن نخطط للتصحيح المعرفى

بصفة عامة ، وقد يكون ذلك فرصة لتعرف ليس فقط ما أصاب الجهاز المعرفى للمريض من تشويش وخلل ، ولكن أيضًا فرصة لرصد ما يجرى بصفة عامة فى الخلفية الثقافية التى يمثلها هذا المريض بدرجة أو بأخرى] .

المريض : (مقاطعًا ومستفسرًا) حاولت أحوشه بإيه يعنى ؟!

الطبيب : بقلة المذاكرة . . بالضبط والربط بزيادة فظيعة .

المريض : (مقاطعًا ومتعجبًا) هو بمزاجى ؟ ما هو الوسواس ، هو فيه حد بمزاجه إنه هو فاشل ؟؟!

[**التعقيب** : هكذا يبدو الربط التأويلى الغائى (تم توضيح المقصود به فى فصل الفصام) هنا (أ) مباشرًا (ب) سريعًا (جـ) غامضًا ، ويبدو أن هذا هو المراد تحقيقه ، كما يبدو أنه حقق أغراضه ولو بصورة محدودة حين نرى المريض يدافع عن نفسه عندما يتساءل بتعجب « هو بمزاجى ؟! » ، إن هذه الطريقة تذكرنا بغلبة السببية الغائية Teleological Causality فى التمهيد للعلاج المعرفى الأمر الذى هو عكس غلبة السببية الحتمية Deterministic Causality التى تميز التحليل النفسى .

ثم إن الإشارة هنا إلى المرض الأصلى ، وأنه شديد هو تطبيق لفرض غالب فى هذه الحالة ، وهى أنها - أساسًا - حالة فصام (ناقص أو كامن جزئيًا) ، وأن ظهور الوساوس من ناحية ، والفشل (أو التوقف) الدراسى من ناحية أخرى ، ما هى إلا دفاعات مرحلية فى محاولة دون التفسخ الصريح (فى شكل فصام هيبفرينى مثلاً) وتعبير «الضبط والربط» هنا يشير إلى الوظيفة الدفاعية التى يقوم بها العرض الوسواسى دفاعًا ضد تمادى العملية الفصامية .

وأخيرًا فإننا نجد أنفسنا أمام قضية أن معظم المرض النفسى ، دون استثناء الفصام ، هو بمثابة « قرار » وليس فقط « رد فعل » not only reaction but an action[1] ، هذا الفرض لا يعنى أن المريض يختار أن يكون فصاميًا ، وإنما هو يشير إلى أن مستوى آخر

(1) Shulman, Bernard H.(1968) Essays in Schizophrenia. The Williams & Wilkins Company, 1968. p. 20

من الوعى يلجأ إلى « الحل الفصامى » كنوع من اللغة (المرضية) التى يعبر فيها عن موقفه الثائر (مجهضًا) أو المحتج أو المنسحب أو المعتمد ، فى مواجهة الاغتراب العادى أو الإهمال أو الحرمان ، كل ذلك على أرضية استعداد خاص (بيولوجياً وغائياً) .

إن تبنى التفسير من خلال هذا الموقف الغائى وتوصيلة للمريض بهذه الصورة الغامضة والمباشرة ، فى الوقت نفسه ، هو تمهيد مناسب لتخطيط البرنامج المعرفى الذى سوف يحاول أن يجعل اللاشعورى شعورياً دون التمادى فى التفسير والتأويل ، بل بما يمكن أن يسمى « سرقة المريض إلى نفسه » أو التدريب على قراءة داخله انطلاقًا من ترجمة غائية ، وهذا هو ما أصبح أكثر وضوحًا فى الفقرة التالية] :

الطبيب : (معقبًا ومستدركًا) موش بمزاجك ؛ ولكن كحل لما هو أبشع

المريض : إيه هو بقى الأبشع

الطبيب : إنك تتجنن أو تغلط جنسياً

[**التعقيب** : يطرح هذا الجزء فرض أن هذا الحل (بالوسواس والتوقف الدراسى) لم يكن فقط ضد التفسخ الفصامى (إنك تتجنن) وإنما أيضًا ضد « كف الردع الجنسى disinhibition » ، إن محتوى الأعراض فيما يتعلق بنزعات المريض الجنسية نحو أمه تشير إلى ضعف جدار الكبت حتى أصبح منفذًا لنزعات بدائية وطفلية وغريزية تنذر بالتعرى الخطر ، الأمر الذى عجز ميكانزم الكبت وحده عن إخفائها ، وبالتالى تهدد كيان الذات بالتناثر (فصام) فسارع ميكانزمى الوسواس والانسحاب (التوقف الدراسى) إلى محاولة الحيلولة دون هذا وذاك ، الأمر الذى لم ينجح إلا بدرجة نسبية حيث تتواكب فى حالة المريض كل من أعراض الوسواس والفصام معًا] .

المريض : (مقاطعًا بحدة) لا أنا عمرى ما أغلط جنسيًا

الطبيب : طب ما عشان كده بتلم نفسك بالطريقة دى

المريض : (مستفسرًا) العادة السرية يعنى ؟

الطبيب : (مستكملاً) والوسواس ؟

المريض : (مستنكرًا) أغلط جنسياً . . لا العادة السرية ماشى لكن التانية لأ .

(التعقيب :يلاحظ هنا كيف حول المريض موضوع الجنس بعيداً عن أمه وخالاته (كما ظهر فى الأعراض) وراح يتكلم عن الخطأ الجنسى العادى ، وهو ينفى ذلك بإطلاق (أنا عمرى ما أغلط) فجاء رد المعالج ليؤكد الغرض السابق (ما عشان كده بتلك نفسك) ، و « اللم » هنا هو ضد التفسخ ؛ حيث يشير إلى الوسواس الدفاعى ضد «كف الردع» الذى يمكن أن يظهر محتوى الداخل بعد انهيار أو خلخلة حدود الذات Ego boundaries .

إن تفسير ظهور الوسواس باعتباره فكرًا لامًا (ضد التفسخ) ، وإن كان مرضياً ، يساعدنا فى التخطيط المعرفى لزرع فكر صحيح يقوم بعملية « اللم » نفسها ، لكن بطريقة أكثر تنظيمًا وتلازمًا مع الفرض الغائى الذى نحاول أن نقرأ به لغة الأعراض .

كما يلاحظ أيضًا فى الجزء السابق تراجع المريض عن التمادى فى إنكار ممارسة العادة السرية مع التركيز على نفى الممارسة الجنسية بقوله « لكن التانية لأ ») .

الطبيب : ما هو ما فيش تانية ؟

المريض : أنا أصلاً ما أقدرش ، يعنى ما برضاش

الطبيب : هو يا أخى جت الفرصة وإنت ما اقدرتش ؟!

المريض : لو فيه موش . . . (صمت ولم يكمل)

[التعقيب :الهدف من تبسيط الحوار هنا هو محاولة تذكرة المريض بأن الامتناع لا يكون إيجابياً أو إرادياً إلا إذا اختبر بفرصة حقيقية ، وعلى الرغم من أن هذا فيه مخاطرة هز ميكانيزم الكبت جزئياً ، إلا أنه قد يقوم بالتمهيد للاعتراف بأن احترام ظهور الرغبة فى إرواء الغريزة الجنسية ، ثم التحكم فيها لاحقًا ، ليس موجودًا بهذا التسلسل الناضج ، ومن ثم نقترب رويدًا رويدًا من تفسير أعمق للإزاحة Displacement إلى المحارم ، ومن ثم ظهور الوسواس وبعض التفسخ ثم التهديد بالتمادى فيه] .

الطبيب : لو فيه . . . ، منين ؟

الطبيب : إنت سألت أستاذ . . . (اسم الطبيب مقدم الحالة) بيصرف أموره إزاى ؟!

المريض : (ضاحكًا) موش عارف . . يتجوز بقى

الطبيب : إيه ده . . إحنا بنتكلم هنا ودلوقتى

المريض : أصل هو موش فى سن المراهقة

(ضحك من معظم الحضور . . . .)

[**التعقيب** :فى محاولة لطمأنة المريض من خلال تأكيد أن الغريزة الجنسية هى جزء لا يتجزأ من الطبيعة البشرية للأسوياء والمرضى على حد سواء ، والذى يمكن أن نطلق عليه أسلوب « التعميم من أجل القبول » ، بمعنى أن المشكلة التى يعانى منها ليست خاصة تمامًا به ، بل لقد غامر الطبيب بدعوة المريض إلى تبادل الأدوار مع المتدرب الأصغر الذى استفسر منه عن هذه المنطقة (ضمن كل المناطق الأخرى) ، ومن خلال هذا النوع من الحوار يمكن أن يشعر المريض بالاحترام من ناحية ، والاقتراب من المعالجين من ناحية أخرى ، وقد يكون فى ذلك تمهيداً لقبول ما هو طبيعى على أنه طبيعى ، ومن ثم الإقلال من إلحاح الأفكار حتى اللجوء إلى الإفراط فى الدفاعات المرضية .

ولا يخفى أن مثل هذه المحاولة تحمل قدراً من الإحراج للمتدرب الأصغر ، إلا أن ذلك يعتبر من ضمن برنامج التدريب فى هذه المؤسسة وهو يسمح - تدريجيّاً - للمتدرب بأن يزداد بصيرة عن نفسه ، مثلما يتبصر أكثر فأكثر فى شئون مرضاه .

وبالفعل يلاحظ أن العملية قد أثمرت ؛ حيث وصل انتباه المريض وقبوله لفكرة تبادل الأدوار إلى درجة جعلته يقترح على المتدرب الزواج كمصرف شرعى للرغبة الجنسية حيث قال : (يتجوز بقى) ، إلا أن الطبيب تمادى فى محاولة مواجهة الطبيعة البشرية التى لا تخضع بسهولة إلى « قرارات التأجيل » فأرجع المريض إلى « هنا والآن » ليعمق اعترافه « بطبيعية » الغرائز عنده ، وعند المتدرب على حد سواء .

كل ذلك يمكن اعتباره ضمن التمهيد المناسب للعلاج المقترح ، فنلاحظ كيف أن المريض التقط تعقيب الطبيب بسرعة ، فراح يلتمس مبرراً للقدرة على التأجيل وهو أن المتدرب لم يعد بعد مراهقًا (يتضمن ذلك التماس العذر لنفسه من حيث أنه أصغر سنًا ، فهو أقرب إلى المراهقة)] .

الطبيب : أى واحد ما تجوزش موش له « أمور » سواء فى سن المراهقة أو موش فى سن المراهقة ؟ . . (مستفسراً ، ثم مؤكداً الاستفسار بعد صمت متردد من المريض) له ولا لأ ؟

المريض : أيوه (وهو يهز رأسه بمعنى المجاراة والموافقة ، لكنه يفعلها بتردد نسبى)

الطبيب : عمال تهز راسك كده ليه ؟

المريض : ماشى . . ماشى . . قول كلام . . قول كلام . . إنت قول كلام .

الطبيب : أنا هاتكلم عن حاجة محرجة شوية عن الوساوس ؛ إنت بتلمس كده ومش عارف إيه ؟

[**التعقيب** : بعد القبول (الجزئى على الأقل) بطبيعية الغريزة عند المرضى (المريض) والأسوياء (المتدرب) على حد سواء ، واصل الطبيب المحاور التقدم بإصرار حتى لا يبدو موافقًا ضمنًا على قصر الاعتراف بإلحاح الغريزة على سن معينة (المراهقة) دون سائر العمر ؛ خاصة وأن موافقة المريض قد جاءت بهز رأسه دون الحرص على الاستمرار فى النقاش ، وكأنه اكتشف أنه اقترب من المنطقة المحظورة أو بتعبير أصح «استدرج إليها» ، وإذ يواصل الطبيب حصاره للمريض بهدف التحديد أكثر ، يطلب المريض من الطبيب أن يفتح الأبواب المغلقة التى يحوم حولها (قول كلام) ، وكأنه قد قرأ محاولات الطبيب للف حول الموضوع قبل الخوض فيه ، فيدعوه بشكل مباشر وإن بدا غامضًا (قول كلام . . قول كلام . . إنت قول كلام) وهكذا يسارع الطبيب بالتقاط الخيط ليدخل بشكل مفاجئ إلى ما كان يبدو محظوراً ، ولكنه يدخل بتعميم غامض مفتوح (إنت بتلمس كده وموش عارف إيه)] .

المريض : أمم (يتمتم ويغمغم وهو ينظر فى الأرض)

الطبيب : دى مش هاتتحل من غير مواجهة الواقع . . والدوا . . وشكلك (مشيراً إلى فرط بدانته) .

[التعقيب : فى جرعة واحدة يعلن الطبيب عناوين الخطوط الأساسية للعلاج (أ) مواجهة الواقع – خاصة الداخلى – المتمثل فى الاعتراف بطبيعية الغريزة الجنسية ، وربما مسار تطورها (كما سيرد لاحقًا) وهو ما قام به بشكل أكبر وأعمق العلاج المعرفى ،

(ب) الدواء لتثبيط المستوى البدائى المنشط للمرض ، (جـ) استعادة احترام صورة الذات والجسد بالتخلص من تفعيل التشويه بالبدانة (الواقع ، والدوا ، وشكلك)] .

المريض : ماشى

الطبيب : إيه هو اللى ماشى ؟ إنت مش شايف تخنك ؟

المريض : هاحاول آكل قليل

الطبيب : عشان الستات تقبلك وتبقى بسيط وظريف ؛ إنت شاب صغير لما تيجى تأكل تفتكر الأستاذة . . . . . . (إحدى المعالجات) المتكحلة طبيعى ، عارفها ؟ طلعها من بين اللى قاعدين

المريض : (لا يريد النظر) أنا هاخس عشان أنا عايز أخس ؛ مش عشان ستات وكده .

الطبيب : طب قول لها ، إسألها قبلتينى ؟ . . لما تقبلينى هاأخس .

المريض : بإذن الله

الطبيب : طبعًا كل شىء طيب بإذن الله

المريض : (مستفسرًا) يعنى ما أكلش خالص ؟

الطبيب : لا ، ولكن تحترم شكلك ونفسك

المريض : أنا خسيت ٥ كيلو ، كنت ١٢٥ كيلو بقيت ١٢٠ .

الطبيب : طب نحدد رقم ؛ وزن تنزل له ، بس بدون مقاومة ؛ لأن المقاومة هاتزود الوسواس - . . تحب يبقى وزنك كام ؟

المريض : هو صعب بس نفسى أبقى ٩٠ على قد طولى

الطبيب : خلينا نقول ، (متسائلاً) ناوى صحيح ؟

المريض : ناوى إن شاء الله

الطبيب : بس خللى بالك فيه نوعين من الخسسان ؛ نوع من ضمن العلاج ودليل على سلامة خطواته ، ونوع زى قلته . . حزق . . وإرادة . . فالخسسان مش هدف فى ذاته ؛ ولكنه علامة على الخففان ؛ إنك تحب نفسك . . تحب جسمك . . تحب ربنا . . تخس .

المريض : (يضحك بارتياح) .

[**التعقيب** : على الرغم مما قد يبدو للوهلة الأولى من أن هذا الجزء الطويل من الحوار ضعيف الصلة بالعلاج المعرفى ، إلا أن ما يمكن استنتاجه منه يشير إلى فكرة ربط « صورة الذات » و « صورة الجسد » بالحاجة إلى القبول والرؤية ، خصوصًا من جانب الجنس الآخر ، إن الاعتراف (المعرفى الواعى) بهذه الحاجة ، لا يقوم فقط بإروائها ، وإنما هو يعدل ويخفف من إلحاح الغريزة الجنسية بصورتها البدائية .

كما نلاحظ أن الجزء الأخير من هذا المقطع من الحوار ، يحاول فيه تقديم نموذج يوضح سوء استعمال الإرادة (بمنطق الكم - الحزق) فى مقابل تعميق الوعى المعرفى بأن حب الذات (وهو غير الأنانية ، حيث يشير إريك فروم Erich Formm إلى أن حب الذات هذا قد يكون بناء أو هدام حسب مدى صدقه أو زيفه ، فإذا ما تحول إلى أنانية فعندئذ يصبح كرهًا لا حبّاً للذات ، حيث يقترب إلى حد كبير من اللامبالاة والتمركز حول الذات الأجوف الواهى ، أما إذا ما غلب على الشخص الشعور الحقيقى الصادق ، فعندئذ يتطابق حب الذات مع حب الآخرين فيصيرا شيئًا واحدًا ، وفى المستويات العليا منه يصير حب الله وحب الناس متحدين معًا دون أن ينفصلا ، كما هو الحال بالنسبة لحب الذات وحب الناس)[1] الذى يتضمن اختراقًا للشكل (شكل الجسد الخارجى) الأمر الذى يترتب عليه الحرص على تحسين صورة الجسد (داخلياً) فيتم فقد الوزن كنوع من تفعيل هذه الصورة الجسدية الأحسن ، التى هى أحسن لمجرد الكف عن تشويههما بالاستسلام لالتهام الطعام والتمادى فى البدانة ربما من فرط عدم الأمان ، وبغرض خفى لتشويه صورة الجسد فالذات ، تبريراً لما يصل إليه المريض من « عدم الرغبة فيه » كرجل مطلوب .

كل هذه الافتراضات تبدو وكأنها ليست لها علاقة مباشرة بالعلاج المعرفى ، إلا أنها كانت - بطريقة غير مباشرة - ضمن التخطيط لاستنباط الأفكار الكامنة التى يقوم العلاج المعرفى بإبرازها تدريجياً ، حتى تتم صياغة التصحيح المعرفى من واقع مستويات الوعى المختلفة .

(1) Comprehensive Textbook of Psychiatry (1985) Edited by Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. The Williams & Wilkins Company, 1985. p. 461.

أما فيما يتعلق بجملة (تحب نفسك . . تحب جسمك . . تحب ربنا . . تخس) فهى لا تخرج عن العلاج المعرفى من ناحية المبدأ ، ولكنها ترتبط أكثر بما يميز الوسط العلاجى الذى تجرى فيه التجربة من ربط الهارمونية (التناغم) الفسيولوجية ، بالهارمونية النفسية ، بالهارمونية الكونية التى تتحقق من خلال التناسق الإيمانى بالعبادات والعلاقات الإنسانية الأعمق فى رحاب الله سبحانه (اجتمعا عليه ، وافترقا عليه) مما لا مجال لتفصيله هنا ، رغم ارتباطه غير المباشر بأى إجراء علاجى جزئى ، بما فى ذلك العلاج المعرفى والقراءة المنتقاة] .

الطبيب : (متسائلاً) الكلام الهزار ده بقى نقلبه علم وجد إزاى ؟ . . الطاقة الجنسية اللى ربنا خلقها فينا . . . .

المريض : (مقاطعًا) بس أنا موش عايز الستات يقعدوا هنا .

[التعقيب :إن خلط المزاح بالجد هو ظاهر الأمر ، إلا أن المقابلة الاستكشافية العلاجية لا يستعمل فيها المزاح باعتباره تفريجًا عن الكرب أو خفضًا لحدة التوتر ، وإنما قد يكون المزاح وسيلة أسرع وأكثر اختراقًا لمفاهيم معرفية ، وتأويلات عميقة قد تبدو غير مترابطة بالشكل المألوف ، لكنها مترابطة جداً من منظور سيكوباثولوجى أعمق ، مثل ربط البدانة بحب النفس (وليس الأنانية) ، بحب الجسم ، بحب ربنا .

ويبدو فى أحيان كثيرة - قد تكون هذه الحالة من بينها - أن استجابة المريض للضحك التلقائى لهذا الربط الغريب هو إقرار - ولو نسبى - باحتمال مصداقية الربط .

وقد كان هذا المزاح الظاهر الذى ساعد على تقليل المسافة بين المريض والطبيب مدخلاً أكثر سلاسة لمناقشة المسألة المحورية عن الجنس والمحارم ، كما سيأتى فى الجزء التالى] :

الطبيب : نقومهم يعنى ؟ عمومًا أنا لسه كنت ها أكلمك فى النقطة دى ؛ إن دى حاجة طبيعية ، ومحترمة ، وشريفة ، وكريمة ، ربنا كرم بيها الإنسان

المريض : (مقاطعًا) بس حرام العادة السرية حرام

[**التعقيب** : كما هو ملاحظ فإنه بمجرد ذكر الطاقة الجنسية (وليس ممارسة الجنس أو الغريزة الجنسية) والتذكرة بأنها من خلق الله سبحانه وتعالى (كما كانت التذكرة الأصعب حالاً بأن حب الله من حب الذات من حب الجسد من صورة الجسد) قاطع المريض الطبيب تحرجًا من التمادى فى هذه المسألة أمام الإناث من المعالجات والطبيبات والمتدربات ، لكن الطبيب أصر على الاستمرار والتمادى بعد رفض طلبه مؤكداً على أن « الطبيعى . . طبيعى » وشريف لأنه من خلق الله الذى كرم به الإنسان ، فيقفز المريض إلى ما يشغله حول مزاعم التحريم المطلق للعادة السرية ، وكأنه ينبه الطبيب إلى عدم اتساق ما يقول مع ما يسمع .

إن هذا التوضيح المباشر لعلاقة الحلال بالحرام بالمنطق السليم ، وخلق الله ، لهو من بين وظائف العلاج المعرفى الذى ينضوى تحت عباءته العلاج بالقراءة المؤسسى الذى يسعى فيه المعالج إلى اقتراح قراءات معينة أو توصيل فحوى ومضمون هذه القراءات - كما هو الحال هنا ، تلك القراءات التى تتضمن معلومات حقائقية non- Fiction للمريض المقيم فى المؤسسة العلاجية انطلاقًا من قناعته - أى المعالج - بقدرتها على المساعدة فى علاج المشكلة التى يعانى منها المريض ، ثم مناقشة المريض حولها ، وعما وصله منها ، ثم مطالبته بإنجاز بعض التكليفات التى من شأنها ترسيخ الفهم السليم والاعتقادات الصحيحة .

وفى حالة مريضنا هذا ، فإن القراءة العلاجية هى القراءة الناقدة الواعية ، وحيث أن التعليمات السليمة والفهم الصحيح للدين لا يتناقضان حتمًا مع مثل هذه القراءة الناقدة ، فإن هذا التوضيح البسيط يعتبر ضمن التمهيد المساعد لاستعادة حق القراءة الناقدة بصفة عامة ، بما فى ذلك النصوص المقدسة فيما لا يخالف القواعد الأساسية] .

الطبيب : (مقاطعًا) هو أنا جبت سيرة العادة السرية أنا لسه باتكلم على خلقة ربنا .
المريض : ماشى
الطبيب : إن الجنس ده خلقة ربنا
المريض : (مقاطعًا) أيوه أنا عارف

الطبيب : عارف إيه ؟!

المريض : بس الجنس حلال مش . . .

الطبيب : (مقاطعًا) هو احنا لسة اتكلمنا فى الحلال والحرام ، إحنا لسه بنتكلم على خلقة ربنا .

[**التعقيب** : يلاحظ هنا أن الطبيب لم يستدرج إلى مسألة الحلال والحرام مباشرة كما حاول المريض ، كما أنه راح ينبه المريض إلى أنه لم يذكر العادة السرية أصلاً ، وأنه يتكلم عن « خلقة ربنا » ، ومع موافقة المريض السريعة راح الطبيب يدخل فى التفاصيل حتى لا تكون الموافقة موافقة هروبية ، فيشترط المريض أن خلقة ربنا هى الجنس الحلال ، وهذا قد يتضمن أن الجنس الحرام ليس خلقة ربنا ، كما يلاحظ أن الطبيب لم يحاول أن يشرح أن الحلال والحرام ليس فى الطبيعة الأصلية ، وإنما هو طريقة استعمال ما وضعه الله فينا من غرائز ، وليس فى تصنيف الغرائز ابتداء باعتبارها رجسًا مرفوضًا ، وهذه النقطة مهمة لأنها صعبة من ناحية ، ولأن عدم الحرص على تجنبها قد يقلب محاولة تنشيط التفكير النقدى إلى مناقشات معقلنة Intellectualized أى متسمة بالرؤية العقلية البحتة بعيداً عن حقيقة الشعور والمعايشة الكاملة الصادقة ، ومن ثم تبعدنا عن جوهر إحياء التفكير الموضوعى السليم] .

المريض : ماشى ماشى

الطبيب : هو إيه اللى ماشى ؟

المريض : خلاص أنا فهمت

الطبيب : خلاص يبقى تقول ورايا « طالما ربنا خلقنى كده . . »

المريض : (مرددًا) « طالما ربنا خلقنى كده . . »

د. يحيى : (محركًا حاجبيه بابتسام) « فأنا أشتهى النساء » .

المريض : (ضاحكًا ومتسائلاً) أنا أقول يعنى كده ؟

الطبيب : آه طبعًا ، أمال الأستاذ عبد الله هيشتغل البحث بتاعه فى إيه ؟!!

(ضحك من جانب المريض والحضور معًا . . . .)

المريض : بس أنا ما باحبش البنات .

[**التعقيب** :يلاحظ هنا أنه فى الوقت الذى يسارع فيه المريض بالموافقة (ماشى . . ماشى) نجد الطبيب يصر على عدم الاستجابة لمحاولاته تقفيل الموضوع أو تعميته ، ومن ثم يشرع على الفور فى بدايات التلقين والتصحيح المعرفى من واقع الموافقة المبدئية وليس فقط من واقع قناعات الطبيب ، ولا بداهات المنطق . كما لا ينبغى القفز هنا سريعًا إلى النتائج والقول بأن مثل هذا التلقين هو العلاج المعرفى ، أو العلاج بالقراءة ، بل إن الأمر لا يعدو محاولة استدراجية تمهيدية لفصل الطبيعة الغريزية عن ما يترتب عليها من اشتهاء (قبل ودون فعل) ثم ما تتطلبه بعد ذلك من تنظيم واع ما أمكن ذلك (الأمر الذى لم يتم الوصول إليه بعد فى هذا الجزء من الحوار) .

كما يلاحظ هنا أيضًا كيف أن هذه المقابلة قد ربطت صراحة بين البحث الحالى ، وهذا الموقف متضمن بشكل ما فى أدبيات البحث العلمى ، فالمريض يعرف موضوع البحث ، ويفهم أنه لا يوجد ثمة تعارض بين مصلحته العلاجية وبين إجراء البحث ، وإن نتائج البحث قد لا تقتصر على فائدته الشخصية فحسب ، بل قد تمتد إلى فائدة عامة . وهذا ما أتاح للطبيب أن يشير مباشرة وصراحة إلى دور الباحث ، ومنطقة اهتمامه ، مع التذكرة بأن الباحث قد أقام علاقة جارية مع المريض .

وعلى الرغم من فجاجة تعبير (أنا أشتهى النساء) ، إلا أنه لا يفيد إلا إعلان ما يترتب على « طبيعية الغريزة » فقط ، فمجرد الاشتهاء ليس فعلاً يعاقب عليه ، وهو ليس محرمًا يرفض ابتداء ؛ لكن فرط الترهيب وتعميمه هو الذى يمد الكبت حتى منطقة الاشتهاء نفسها ، ومن ثم تصبح الطاقة الغريزية أكثر عنفًا داخليّاً ، مما يهدد بالتفجر من ناحية ، أو يلجأ صاحب هذا الموقف إلى استعمال ميكانزمات أكثر التواء وأخطر نتيجة .

ثم إنه بعد هذا التحفظ المبدئى الذى أبداه المريض فى صورة تساؤل (أنا أقول يعنى كده ؟) نجده قد ضحك وأضاف تعميمًا أكثر دلالة ، وإن كان فى الوقت نفسه أرق قهراً ، مما سمح له بالاستجابة بعد ضحك دال ، فذكر (بس أنا ما باحبش البنات)] .

الطبيب : (مقاطعًا) يا ابن الحلال ، دى جملة مفيدة قول بس « طالما ربنا خلقنى كده . . »

المريض : (مرددًا) « طالما ربنا خلقنى كده . . »

الطبيب : « فأنا أشتهى النساء »

المريض : (متحرجًا) « فأنا أشتهى النساء »

الطبيب : (مقاطعًا) لأ . . لأ . . نغمها .

(المريض يقوم بترديد الجملة أكثر من مرة بعمق ووعى ينم عن احتمال إحاطته بالمقصود من ذلك)

الطبيب : (ضاحكًا) الله أكبر . . لو تشوف منظرك وإنت بتقولها . . تقول إنك مش محتاج كل الهلمة دى . . إنت قلتها بكلك . . بكل مشاعرك .

[التعقيب : يلاحظ على هذا الجزء مواصلة الطبيب عملية التلقين والتصحيح المعرفى من واقع ما يظهر فى المقابلة تمهيدًا للبرنامج المحدد ، ويصل الأمر إلى محاولة تسهيل الاعتراف بالعلاقة بين الاشتهاء وما يترتب عليه ، أملاً فى أن يؤدى ذلك إلى جعل التحفظ والتنظيم هما الخطوة الأخيرة بعد الاعتراف والقبول .

كما يلاحظ هنا أن التركيز على بيان نوعية الاستجابة لم يقتصر على الفرح بالموافقة على الترديد اللفظى ، وإنما امتد إلى تأكيد ملاحظة التعبير الشمولى الذى يتضمن المنظر العام مثل : تعبيرات الوجه ، نبرات الصوت ، تعبيرات الجسد ، لون الوجه . . إلخ ، وهو ما أجمله الطبيب فى عبارة) لو تشوف منظرك وإنت بتقولها) ثم عبارة (إنت قولتها بكلك) .

بعد ذلك نجد الطبيب قد راح يفسر وظيفة الميكانيزمات التى أفرط المريض فى استعمالها - رغم فشلها فى النهاية - حتى مرض بهذه الصورة المختلطة ، راح يفسرها دون أية تفاصيل ودون استعمال مصطلحات علمية أو تحليلية خاصة ، بل على العكس تمامًا نجده استعمل لفظًا عاميًا ليصف ضخامة ما لجأ إليه ، وبساطته فى الوقت نفسه (. . . إنك مش محتاج كل « الهلمة » دى) إن ذلك يتضمن الإشارة إلى أن الاعتراف بالطبيعة البشرية ، ثم التفرقة بين حضورها البيولوجى الطبيعى « خلقة ربنا » ، وبين ما تثيره - طبيعيًا أيضًا - من شهوة ، ثم ما يلحق ذلك من تنظيم ، بعد هذا الاعتراف ، كل

ذلك يغنى عن هجمة الغريزة المكبوتة بفجاجتها ، كما يغنى أيضًا عن الميكانزمات المفرطة والفاشلة فى التعامل معها - ومع وضوح فائدة هذه المرحلة من الإثارة ، فقد راح الطبيب يتمادى فى المضى كثيراً فى الاتجاه نفسه كما يلى] :

الطبيب : (مكملاً) ها تشتهى النساء لدرجة إيه ؟

المريض : (مطأطئًا رأسه) الكلام ده بيحرج

الطبيب : جداً . . بس أحسن من المرض ، مش كده وألا إيه ؟ يعنى الكلام الطبيعى . . طبيعى يعنى خلقة ربنا ، بيحرج فعلاً . . عندك كل الحق ، لكن لما نصالحه ونشوف له سكة . . .

المريض : (مقاطعًا ومتسائلاً) أتجوز مثلاً ؟!

الطبيب : إلى أن تتزوج . . بس على فكرة الجواز مش بيحل قوى ؛ يعنى احتمال يحل واحتمال ما يحلش . . هو شيء جيد جداً ، ربنا والمجتمع عملوه عشان تنظيم الموضوع ده .

[**التعقيب** : يعتبر تحريك الشهوة (فى الخيال) نحو فعل محدد ، خطوة أصعب ؛ لأنها تهديد أقرب ، ويبدو أن الطبيب قد اضطر إلى ذلك فى محاولة التقدم نحو المنطقة الأكثر حرجًا (والأقل طبيعية) وهى منطقة اشتهاء المحارم ، ومن ثم راح يحاول تأكيد طبيعية ما هو طبيعى ، ثم احتمالات تفعيل هذا الطبيعى فيما هو ممكن وهو أمر صعب مهما بدا سهلاً بالألفاظ ، ويبدو أن المريض قد التقط محاولات الطبيب هذه ، فهو لم يرفضها ، ولكنه أشار إلى عدم إمكانة تحقيقها حاليًا ، حيث قال : (يعنى أتجوز مثلاً) هنا كان على الطبيب أن ينتبه إلى ضرورة الالتزام بالواقع الزمنى المعاش ، ومع ذلك يبدو أنه اضطر لقبول الحل الطبيعى حتى لو لم تكن الفرصة سانحة لتفعيله فى الوقت الحالى ، حيث قبل بفكرة أن الزواج - من حيث المبدأ - هو الحل ، لكنه فى الوقت نفسه نبه المريض إلى أن المسألة ليست بهذه البساطة ، كما لم يوضح كيف أن الزواج قد لا يفى تلقائيًا بكل الاحتياجات المسببة للجوء لهذه اللغة المرضية ، ويبدو أن المريض قد أدرك تلك الصعوبة ، فلم يتماد فى إحراج الطبيب بطلب إيضاحات أكثر فى الموضوع المثار ، بل تساءل بشكل مباشر عن طريقة العلاج ، كما يلى] :

المريض : عايز أعرف ، حضرتك ، طريقة العلاج إزاى ؟

الطبيب : هى دى . . تبدأ كده . . شوية دوا . . تثق فينا . . تحترم خلقة ربنا . . تخف ، قول التلات حاجات دول اللى أنا قلتهم دلوقتى .

المريض : (يكررهم) شوية دوا . . تثق فينا . . تحترم خلقة ربنا

الطبيب : (مكملاً) ومع شوية مذاكرة ، وتنظيم علاقات ، واحترام البيت ، مع تنظيم الأكل ، وتفاصيل أخرى . المهم البداية . . والبداية من الجملة اللى احنا قلناها دى دلوقتى

المريض : ما أنا قلتها . . !! أقولها يعنى ١٠٠ مرة .

[**التعقيب** :مرة أخرى يلاحظ هنا تركيز الطبيب على خطوط العلاج العامة فى كلمات قليلة ، لكن يبدو أنه قد وصل فى حواره وعلاقته مع المريض إلى ما يسمح بأن تكون هذه الكلمات الموجزة كافية للتخطيط العلاجى العام : (أ) شوية دوا (لضبط التنشيط المفرط للمخ البدائى) ، (ب) تثق فينا (استعادة الثقة الأساسية فى العلاقة بالموضوع ، الراعى = الوالد البديل ، المساعد باللغة التركيبية النفسية ، (جـ) تحترم خلقة ربنا .

بعد ذلك يذكر الطبيب دفقات متلاحقة من العناوين العلاجية يبدو أنه قد تعمد ألا يتوقف عند أى منها حتى يصل إلى النقطة المتعلقة بالبحث والتى عبر عنها بالشكل المبسط (البداية من الجملة اللى إحنا قلناها دلوقتى) .

وفى هذا الصدد تجدر الإشارة إلى أن الأسلوب الأمثل للعلاج بالقراءة والعلاج المعرفى بشكل عام هو عملية مفصلة تحديداً ، خيوطها مغزولة من مفردات حالة المريض، وهى – كما ظهر هنا – بداية مثيرة لما يمكن أن يترتب عليها .

ومع ذلك على الرغم من أنها بداية – كما تبدو هنا – فقد تم التمهيد لها بالشكل الذى تم تتبعه عبر مراحل تطور الحوار فى هذه المقابلة (التى ما هى إلا حلقة ضمن سلسلة من المقابلات واللقاءات سابقة ولاحقة) .

أما بالنسبة لتعليق المريض شبه الساخر على عدد المرات ، فهو يدل على مدى ما وصل إليه من قناعة وحذر فى آن واحد] .

د. يحيى : (موجهًا حديثه للباحث سائلاً إياه) يقولها كام مرة يا أستاذ عبد الله ؟

الباحث : لغاية ما يلاقيش مشكلة فى إنه يقولها

د. يحيى : (موجهًا حديثه للباحث سائلاً إياه) يعنى إنت . . يعنى . . تقدر ؟!!! هوا فيه حد يقدر ما يلاقيش مشكلة فى إنه يقولها ؟؟!! .

(ضحك . . . .)

[**التعقيب** :إن هذا الاستطراد الذى تضمنه هذا الجزء من الحوار يمكن ربطه مرة أخرى بنوعية المصارحة التى تمت أثناء إجراء هذا البحث ، وطريقة إشراك المريض عملياً فى إجراءاته ، وكذلك فإن رد فعل الباحث واستجابته السريعة التلقائية حول عدد المرات (لحد ما يلاقيش مشكلة فى إنه يقولها) تعكس إلمام الباحث الضمنى بالمحكات التى يمكن أن يعتمد عليها فى تقييم مدى فاعلية العبارات المستخدمة فى تخطيط علاج معرفى بذاته .

ومع ذلك فإن الطبيب المحاور (وهو المشرف على التطبيق فى الوقت ذاته) قد نبه الباحث إلى صعوبة الاعتماد على هذا المحك بدليل أنه من الطبيعى أن يجد الباحث نفسه - مثل أى شخص عادى - صعوبة وهو يكرر عبارات غامضة ودالة مهما كانت فائدتها الواعدة ؛ خاصة إذا ما كانت هذه العبارة تدور حول تلك المناطق المحرجة «كالجنس» مثلاً ، وخاصة إذا كانت الظروف الواقعية والاجتماعية تحول دون الاستجابة المباشرة لمتطلباتها .

إن تذكرة الباحث والمريض (وكافة الحضور) بهذه الصعوبة الطبيعية تخفف - إلى حد كبير - من غلوائنا فى المطالبة بتحقيق محكات صعوبة ، مما يدعونا باستمرار إلى قبول محكات أكثر تواضعًا ، مع الأمل فى زيادة مطردة لإتقان طرق التقييم] .

د. يحيى : (موجهًا حديثه للمريض) لا والله باكلمك بجد هذه المنطقة لو ما كناش نتصالح معاها بطريقة طبيعية زى خلقة ربنا . . بتعمل لنا مصايب .

المريض : (مستفسرًا) أتصاحب على بنات مثلاً ؟!

الطبيب : أنا ما جبتش السيرة دى خالص

المريض : أمال ايه ؟

الطبيب : هى خطوات ، مش كل واحدة ملزمة للى بعدها . . الواحد بيقبل الأول . . بيقبل هذه الحقيقة البسيطة . . أما إزاى بقى يحلها ؟! فكل مجتمع بيحلها بطريقته . . وكل واحد بيحلها بطريقته . . بس القبول الأول

(المريض يهز رأسه بشكل جدى ربما ينم عن محاولة اقتناع) .

[**التعقيب** :يلاحظ هنا كيف التقط المريض فكرة التصالح مع الذات (بطريقة طبيعية) وبمعنى بسيط ، وكأنها دعوة إلى « مصاحبة الذات » (مادام الزواج غير متاح فى الوقت الحالى) – لكن الطبيب نفى أنه صاحب هذه الدعوة (وإن لم يشجبها قهراً) ، ثم يعود الطبيب ليركز على آلية ما يريد تحقيقه من هذه المقابلة تمهيداً لصياغة ، فتنفيذ العلاج المعرفى ، ومن ثم فهو يوجز فى هذا الجزء ما تم فعلاً من تأكيد « القبول » بالطبيعية ، ثم ترك التصرف بعد ذلك لاختلاف الثقافات والمجتمع والعرف والأفراد وهذا أمر شديد الصعوبة ليس فقط على المريض ، ولكن أيضًا بصفة عامة] .

الطبيب : (متسائلاً) عايز واحدة تعوزك . . يعنى تقبلك ولا لأ ؟

المريض : لما اتجوز

الطبيب : يا سيدى عوز ، وبعدين ربنا يحلها ويحقق لك اللى فى نفسك

المريض : ماشى

الطبيب : (متسائلاً) هاتعوزك كده وإنت زى الفيل كده ؟ ومستسهل كده ؟

المريض : الدوا بيأكلنى جامد

الطبيب : (مقاطعًا) استنى بس

المريض : قصدك أكون حلو يعنى ؟

الطبيب : حلو . . جذاب . . متناسق . . عشان ست ترغب فيك من بعيد لبعيد ، (متسائلاً) ممكن وإنت بتاكل تفتكر الحكاية دى . . إن الستات ما بيحبوش الراجل اللى كل حتة فى جسمه فى ناحية

المريض : ماشى

الطبيب : هايل متشكر قوى . . ممكن تتفضل . . (مستدركًا) ولا استنى . . ناقص بقى إنك إنت تسألنى سؤال أو تطلب حاجة زى ما أنا سألتك ؟

المريض : لا متشكر ، عاوزهم يزودوا الملعب أكتر

الطبيب ، وهو كذلك ، اتفضل أشكرك .

[التعقيب : يلاحظ هنا انتهاء المقابلة بشكل مفاجئ وإن كانت نهاية أكثر عمقًا ، حيث ينتقل الحوار من محاولة قبول المريض فى علاقته بالجنس للآخر لفكرة حق الاشتهاء فى ذاته (استجابة للطبيعة البشرية)] ، إلى ضرورة تقبل ربطه بما قد يترتب عليه ، كذلك أن من حقه فى أن يحرص (مجرد الحرص) على أن يكون مرغوبًا من الجنس الآخر ، وهذه الرغبة الأخيرة أصعب ، وتحقيقها - حتى لو اعترف صاحبها بها - ليس مرتبطًا بسلوك قائم بذاته ، كما أن كفها ليس فى مجال إرادته دائمًا ، ولا حتى فى متناول ميكانزماته تمامًا ، إنها تشير إلى احتياج يتحقق من خلال موقف الآخر (الأخرى) التى يمكن أن يجذبها بشكل مباشر أو غير مباشر .

إن الاعتراف بهذا الحق ، حتى لو لم يتحقق ، هو أمر صعب ، وهو مرتبط بما سبقت الإشارة إليه من حيث العمل على استعادة احترام الجسد ، بتصحيح صورة الذات وصورة الجسد ، ثم تفعيل هذا التصحيح بالتخلص من البدانة المفرطة ، ويبدو أن استعمال الجملة الاعتراضية (ترغب فيك من بعيد لبعيد) كان بمثابة طمأنة للمريض حتى لا يسارع - شعورياً أو لاشعورياً - بربط الاعتراف بهذه الحاجة بتصور ما يترتب عليها من فعل محرم أو مجرم .

وهكذا تنتهى المقابلة بأن يعرض الطبيب على المريض أن يسأل بدوره عما يريد ، أو أن يطلب ما يشاء (وهى سنة حسنة لاحظ الباحث حرص الطبيب على القيام بها فى كل المقابلات التى حضرها ، وهى تحقق قدراً كبيراً من الطمأنينة وتقليل المسافة ، واستشعار الاحترام الحقيقى الصادق من الآخر فى الوقت نفسه) .

فما كان من المريض إلا أن طالب بزيادة جرعة النشاط الجماعى فى الملعب الذى هو جزء لا يتجزأ من علاج الوسط التكاملى هذا ، والذى لا يؤدى وظيفة الرياضة البدنية

المغتربة ، وإنما هو يتكامل مع سائر نشاطات هذا الوسط العلاجى فى محاولة تآزر بين مختلف المستويات والتنظيمات الفردية والجماعية] .

*** تعقيب عام على المقابلة ككل :**

بعد سرد نص المقابلة الكلينيكية مردفة بعض أجزائها بتعقيبات ذات دلالة ، أمكن الخروج بمجموعة من التعقيبات العامة ، نوجزها على النحو التالى :

أولاً : تفرد كل حالة من الحالات دون الاقتصار على التشخيص العام أو الفرعى ، وأيضًا دون التوقف عند أسماء الأعراض . وهذا يرتبط بضرورة تجنب الصيغ الثابتة - خصوصًا المستوردة من ثقافة أخرى - باعتبار أن صيغة بذاتها هى أصلح لمرض بعينه . وإنما لكل مريض عالمه المعرفى الذى يحتاج إلى إحاطة شاملة ابتداءً .

ثانيًا : لا يمكن فصل العلاج بالقراءة بشكل خاص ، والعلاج المعرفى بشكل عام عن سائر منظومات العلاج الأخرى خصوصًا فى حالات الذهان .

ثالثًا : إن التمهيد للعلاج المعرفى لا يتطلب فقط معرفة التفاصيل الإمراضية (السيكوباثولوجية) وإنما يتطلب أيضًا تحديد فروض عاملة لفهم لغة الأعراض وغائية المرض حتى تحل الجمل المقترحة والقراءات الموصى بها محل هذه اللغة المرضية ؛ لتؤدى الغاية نفسها (التى تكون مقبولة من حيث المبدأ عادة) لكن بأسلوب صحى توافقى .

رابعًا : لابد من احترام قدرات فهم المريض ، مهما كان تشخيصه ، ومهما بدت صعوبات الحوار معه ، لأن ذلك هو الأساس الذى نعتمد عليه ، ليس فقط فى تصحيح مفاهيم لديه ، وإنما أيضًا - وربما أساسًا - فى استعادة التناسق والتنسيق بين مستويات وجوده .

خامسًا : إن مشاركة الآخرين فى الحوار ، وربط السواء بالمرض ، وتعميم مفهوم الاحتياجات واحترام صعوبة تحقيقها ، يطمئن المريض إلى أنه ليس هو الوحيد المحروم أو الشرير أو الموصوم بالرفض أو بالخطأ أو بالمرض ، مما ييسر عملية تصحيح المفاهيم .

سادسًا : إن الحرص على فصل خطوات الطبيعة الخُلُقيَّة ، عما يترتب عليها من مشاعر ورغبات ، وعما تتوقف دونه من سلوك وتفعيل ، لَهو جزء لا يتجزأ من التمهيد لإنارة معرفيَّة تخفف من عمومية استعمال الميكانيزمات للتعمية الشاملة والإنكار الجسيم .

سابعًا : على الرغم من أن الحوار المتضَمَّن فى المقابلة كان يهدف إلى الاقتراب من المنطقة الحرجة فى هذه الحالة (اشتهاء المحارم) إلا أنه دار حولها بشكل تدريجى تمامًا ، واضعًا فى الاعتبار علانية المقابلة من ناحية ، والفاعلية الوظيفية لهذا التدرج من ناحية أخرى . الأمر الذى تم تداركه فى أجزاء أخرى من العلاج بالقراءة ثم الكتابة كما سيرد لاحقًا .

ثامنًا : على الرغم من هذا التجنب للنقطة المحورية الحرجة السابقة الإشارة إليها ، فإن الحوار قد أدى إلى درجة من التقارب والاحترام والفهم والسماح ، يمكن اعتبارها بمثابة الأرضية اللازمة لتأسيس البرنامج المراد تطبيقه واختبار نتائجه .

ثانيًا : تم بناء مجموعة من الأسئلة المفتوحة النهاية (أسئلة قبلية) من واقع ما أوحت به المقابلة الكلينيكية ، وطلب من المريض أن يجيب عن كل سؤال فى حدود ثلاثة أسطر (استغرقت الجلسة التى أجاب المريض فيها عن كل الأسئلة ساعتين ونصف الساعة ، تخللتها مداخلات من جانب القائم بالتطبيق ، فى أضيق الحدود وبناء على طلب المريض إما لقراءة بعض الكلمات أو شرح بعض الجمل) ، وقد جاءت إجابات المريض على النحو التالى[1] :

١ - إيه رأيك فى علاقة الرجل بالمرأة ؟

أرى أن علاقة الرجل بالمرأة تكون جميلة عندما تكون حلال ، بمعنى بعد كتب الكتاب يعملوا الليهم عايزينه ، يجب أن يعملوا ذلك لأنه سنة الحياة ، ولأن الله أمرنا

(١) لقد تم التصرف فى أضيق الحدود فى بعض إجابات المريض ، وتحديدًا المتضمنة عبارات وكلمات صريحة مكشوفة ، ولكن بما لا يخل بمضمونها ؛ حيث لم يخرج هذا التدخل عن حدود استبدال بعض الكلمات العامية الصريحة بأخرى ، وكذلك تشكيل وتصحيح كتابة بعض الكلمات العامية حتى يتسنى فهمها .

بذلك ، ولكى يخلفوا عيال ، ولو عملوا علاقة قبل كتب الكتاب يكون حرام ، وأن لا أحب أن أعمل علاقة قبل كتب الكتاب .

التعقيب : يلاحظ هنا أن المريض :

١ - قدم الشرط الدينى قبل أن يذكر أى شىء عن العلاقة .

٢ - قصر العلاقة على الناحية الجنسية دون ذكر الناحية العاطفية أو الفكرية .

٣ - شَخَصْ السؤال (أخذه بمحمل شخصى كأنه هو المعنى به) واعتبر أن علاقته شخصياً بالمرأة هى النموذج الأسلم .

٢ - إيه رأيك فى الجنس ؟

رأيى فى الجنس فى الحيوانات أن الله معطيهم غريزة لكى يعملوا الجنس طبيعياً ، أما الجنس للإنسان يكون جميل عندما يكون حلالاً ، وأن الله والرسول أمرونا بالجنس المحلل .

التعقيب : يلاحظ هنا أن المريض :

١ - وضع شرط الحلال قبل ذكر أية إشارة إلى الجنس عند الإنسان .

٢ - بادر بذكر الجنس عند الحيوان ، واعتبره طبيعياً دون شروط ، وهذا ما سوف يركز عليه ، عند تفسير مشاعره المرضية وارتباطها بتطور الغريزة الجنسية .

٣ - إيه رأيك فى العادة السرية ؟

هى عادة سيئة ومكروهة فى الدين الإسلامى ، وهى جميلة فقط ، أنها تنفيس عن الشخص جنسياً ، بدل من أن الشخص يزنى ، وهذا عقابه عند الدين قوى أما العادة السرية فنأخذ عندما نعملها سيئات فقط ، وليس عقاب ، وعن نفسى لا أحب العادة السرية ، ولكن أعملها غصب عنى لأنها تنفيس عنى .

التعقيب : يلاحظ هنا أن المريض :

١ - وصف العادة السرية بأنها جميلة بشروط ، ثم عاد فذكر أنه لا يحبها ، على الرغم من أنه كان قد أنكرها تقريبًا فى البداية أثناء المقابلة .

٢ - ميز بين الزنا والسيئة دون أن يحدد الفرق بين الصغائر والكبائر .

٤ - إيه حكاية شعورك نحو أمك ؟

عادى وأحبها كثيراً ولا أكن لها أى شهوة جنسية ، ولكنها ساعات تجينى بس موش عارف بسبب لمسها أم لا ؟

التعقيب : يلاحظ هنا :

مدى صدق المريض ، فإنكاره اشتهاء أمه حقيقة ، واعتمال شعور الرغبة الجنسية داخله حقيقة أخرى ، وعدم استغرابه بل ورفضه الربط بين الاثنين له دلالته المرضية الجسمية .

٥ - إيه حكاية شعورك نحو خالاتك ؟

علاقتى كانت حب ومودة لهم ، ولكن كنت لا أكن لهم أى شهوة جنسية ، ثم مش عارف هل بعد البلوغ كنت لا أكن لهم أى شهوة جنسية وفى فترة معينة فى البلوغ ، كنت لا أرى أمامى جسد امرأة عارية أو شبه عارية ، ولكن كنت أرى أمامى فقط أرجل أبلواتى ، وكنت أتلذذ فقط بهذه الأرجل لحد ما غيرت شهوتى الجنسية على خالاتى .

التعقيب : يلاحظ هنا :

١ - بصفة عامة التكرار ، وضعف الترابط والنقلات المتباعدة لدرجة الخلل اللغوى ، وكل هذا يدل على اضطراب اللغة مع الاقتراب من المناطق المشحونة انفعاليّاً والمضطربة غرائزياً .

٢ - ارتباط ظهور الشهوة نحو المحارم (الخالات) فى الوعى عند البلوغ بما يشير إلى احتمال عبوره المرحلة الأوديبية بعيداً عن الوعى تماماً .

٣ - بدأت الإزاحة إلى المحارم ، الأقرب فالأبعد دون غيرهم .

٤ - التلذذ بالنظر Voyeurism وأيضًا الميول التوثينية (الفيتيشية Fetishism التى ترتبط فيها الإثارة بالملبس) .

٦ - اكتب فقرة عن الشعور بالذنب .

أنا أشعر بالذنب كثيراً لأنى فى فترة المرض كنت أآذى أبى وأمى وأختى ، فشعرت بالذنب لأن الله أمرنا ألا نؤذى أبى وأمى وأختى ، وشعوت أيضًا بالذنب فى فترة

الإعدادية كان لا يوجد عندى مرض نفسى فكنت أآذى واحد صحبى مريض نفسياً اسمه أحمد عبد الحليم ، فشعرت بالذنب بعد ذلك ، وأشعر أيضًا بالذنب للذى عملته مع خالتى .

التعقيب : يلاحظ هنا :

عمومية إعلان الشعور بالذنب ، دون تعلُّم يحول دون تكراره أو تكرار ما يؤدى إلى هذا الذنب ويشكك فى جدوى ذلك ، ويدل على انفصال ما هو ذهنى بحت ، عن ما يرجى منه من أثر إيجابى ، ومن هنا نتذكر أن العلاج المعرفى وتحديداً هنا العلاج بالقراءة المؤسسى يركز على محاولة عبور هذه الفجوة بشكل أو بآخر .

٧ – الدكتور قال « إن دى خلقة ربنا » كان يقصد إيه بالنسبة للجنس ؟

الجنس ربنه خلق الجنس فينا تعنى أن الجنس بالطبع ربنه خلق الجنس فينا لأن بدون الجنس ، وبدون الشهوة لما كان الرجل يكلم الست أو يستلطفها ، ولو لم يتلطفها ولا يحب النساء كانت الدنيا تنتهى لأن بشهوة الرجل للمرأة أو العكس تجعلهم يتجوزوا وينجبوا أطفال ، والأطفال يكبروا ثم يتزوجوا ثم يخلفوا .

التعقيب : يلاحظ هنا :

أن الإجابة تكاد تكون علمية هادفة من وجهة نظر الحفاظ على النوع ، وهى إما من قناعته الشخصية (الذهنية) بلا فاعلية علاجية فى حالته (حتى هذه المرحلة) ، وإما أنه يردد بعض ما سمعه فى دروس الأحياء دون أن يعايشه بمسئولية ، بدليل أعراضه ومأزقه المرضى .

٨ – إنت بتقول « ساعات باشتهى والدتى » ممكن تفسر لنا هل كان هذا يحدث برغبتك أو غصب عنك ؟

أنا مش عارف هل ده بيحصل بسبب من أمى ولاّ لوحدى ؟ ، فلو كان كده يبقى غصب عنى ومن غير قصد ، وماليش ذنب فيه .

التعقيب : يلاحظ هنا أن المريض :

١ – تساءل حول ما إذا كانت البداية من أمه فإن لم يكن قد أخطأ التعبير ، وهو «بيحصل بسبب من أمي» فإن احتمال أن يكون الحدس الذهانى قد التقط الفرض الذى وصفه الدكتور الرخاوى عن العلاقة الأوديبية وأنها كامنة أصلاً فى لاشعور الأم لاسترجاع طفلها إلى رحمها ، الأمر الذى يتجلى فى رمز جنسى بالنسبة للطفل الذكر[1] .

٢ – قام بتجديد نفى الشعور بالذنب من خلال نفى المسئولية الإرادية ، وهذا يؤكد مدى إمراضية العَرَض ، وقد كاد يتخطى الوسواس ، لأنه بذلك – أى نفى المسئولية – يمهد لتبرير ضعف المقاومة .

٩ – إيه علاقة الجنس بالنظافة عموماً ؟ طب وعلاقته بالغسيل اللى إنت بتعمله خصوصاً ؟

علاقة الجنس بالنظافة أنه بعد أن أعمل العادة السرية عندى حاجة ملحة بتقول لى أنظف نفسى جامد كذا مرة حتى يحدث التهابات جامدة ، وحاجة تقول لى حتى لو نظفتها بالصابون برضه هتفضل لسة نجسة .

التعقيب : يلاحظ هنا أن المريض :

لم يرد على السؤال إلا بوصف لطقس الوسواس ، لكنه لم يفسر – من وجهة نظره – علاقة الجنس بالنظافة .

١٠ – إيه رأيك فى تدريس الجنس فى مراحل الدراسة ؟

أوافق على تدريسه بشكل مهذب ومتدين .

التعقيب : يلاحظ هنا :

مدى إلحاح الشرط الدينى على المريض ، حيث يقفز إليه حتى بالنسبة للتدريس .

(١) لمزيد من المعلومات حول هذه النقطة يمكن الرجوع لـ :

– يحيى الرخاوى (١٩٩٢) ملاحظات : حول نقد « عز الدين إسماعيل » لرواية السراب فى : قراءات فى نجيب محفوظ . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ص ص ١٥٧ – ١٦٦ .

١١ - فى أى المراحل الدراسية تدريس الجنس ينفع أكثر: الابتدائية ، الإعدادية ، الثانوية ، كل المراحل؟

على أن يدرس من أول ٣ إعدادى ، عشان يكونوا بلغوا ليفهموا ، مع إنه ممكن يدرس فى المراحل الابتدائية ببساطة وسنة سنة .

التعقيب :يلاحظ هنا :

كيف تبدو هذه الإجابة سليمة من حيث ظاهر اللفظ ، مثلها مثل الإجابات على السؤالين رقمى (١) ، (٧) ، ولكنها جميعًا فى واقع الأمر تبدو إجابات لفظية مدرسية أكثر منها معرفية غائرة .

١٢ - تفتكر إيه الحل مع الدواء أو بدون دواء ؟ طَبْ وإنت دورك إيه فى العلاج ؟

أنا أتصور مع الدواء أن أحاول أن أقاوم وماسمعش كلام الوساوس ، لأنى لو لم أسمعه سيبعد عنى هذا الوسواس ، ما ينفعش بدون دواء ، ولكن ممكن نأخذ الدواء مبدأيًا ثم يقلله الدكتور سنَّة سنَّة لحد مخف وينتهى الوسواس ثم ابطل الدواء . أنا أتصور إننى البطل بمعنى أننىَ العَضو الرئيسى فى علاج نفسى ، لأنى إذا قال الدكتور شىء أعمله وأعطانى الدواء ولم أسمعه ، لجاء المرض وحَضنٌى ولا أخف أبدًا فأنا العضو الرئيسى .

التعقيب :يلاحظ هنا :

هذا الزخم الهائل من البصيرة ، والوضوح ، اللذين يبعثان للوهلة الأولى على التفاؤل ، ولكن الواقع والحقيقة يؤكدان أن كل ذلك يبدو « مجرد كلام » . من هنا يمكن التذكرة بأن العلاج المعرفى وتحديدًا العلاج بالقراءة لا ينبغى اختزاله أو تسطيحه ليصبح مجرد كلمات تعاد وتكرر ، أو أنه يأخذ الشكل المدرسى التحفيظى فحسب ، وإلا لكان لكلام المريض - الذى يبدو سليمًا ومقنعًا - فاعلية علاجية ، وهذا عكس ما يظهر فى واقع الصورة المرضية الجسيمة الحالية .

١٣ - اكتب ما تشاء من نقد أو رأى فى هذه الأسئلة أو تعقيب عام على إجاباتك شخصياً .

كنت نفسى اكتب كتير فى الإجابات ولكنى التزمت بالعدد المذكور .

ثالثاً : تم إنشاء واجب قرائى / كتابى معرفى ؛ عبارة عن مجموعة من الجمل والعبارات ذات الدلالة المعرفية والمرتبطة بما يعانيه المريض ، ثم طلب منه تكرار كتابتها ثلاث مرات ، (استغرقت الجلسة التى أنجز فيها المريض الواجب ثلاث ساعات ، تخللتها مداخلات فى أضيق الحدود من جانب القائم بالتطبيق ، وبناء فقط على طلب المريض إما لقراءة بعض الكلمات أو شرح بعض الجمل) ، وهذه الجمل هى :

١ - وظيفة الجنس ليست فقط لإنجاب الأطفال ، وإنما هو شيء جميل ولذيذ وله نظام وشروط .

٢ - الاعتراف بالشهوة الجنسية التى هى جزء من طبيعة الإنسان ، وقبولها ، يجعلها تتوجه بعيداً عن المحارم من النساء : (الأخوات ، الأم ، الخالات) .

٣ - الطهارة هى رمز التقرب إلى الله ، وليست لإزالة القذارة فقط لدرجة أننا يمكن أن نتوضأ بتراب ناعم إذا لم نجد ماء .

٤ - يجوز إن شهوتى نحو أمى هى رغبة بدائية فى أعماق نفسى دون أن أدرى ، وهذا تفسير ما يحدث لما ألمسها (الاعتراف البسيط بداية الاستغفار والله غفور رحيم) .

٥ - غير معقول أن تكون عندى شهوة نحو أمى بسبب إثارة منها هى ، أنا أبرر لنفسى ما يحدث وهذا ما يجعله يستمر .

٦ - ينبغى أن أشعر بالذنب بشكل أكبر لما أثار نحو أمى ، حتى ولو غصب عنى ، من شعورى بالذنب لما أآذيها ، لأن الذنب فى الحالة الأولى أكبر منه فى الحالة الثانية .

٧ - لا ينفع أن أكرر أنه ليس لى ذنب فى الإثارة نحو أمى ، لابد أننى مسئول وسوف أساعد نفسى وحين أشفى سوف أفهم الحكاية .

٨ - فهم الوساوس أهم من مقاومتها .

٩ - سوف أصاحب الوساوس إذا لم أنجح فى مقاومتها ، وهى ستذهب من نفسها لما أهملها .

١٠ - مجرد معرفة الحلال والحرام بالكلام ليست كافية ، المهم أن يحمينا ذلك من أى خلل ، وهذا يتم حين يختلط الإيمان باللحم والدم .

١١ - توجد طرق تنفيس غير العادة السرية ، العادة السرية لا تعمل إلا إذا ما أوشك الشخص على الفاحشة .

١٢ - لا فائدة من الشعور بالذنب إذا لم أتعلم من ذلك .

١٣ - كيف أزعم أننى البطل ، وأن لى دوراً كبيراً فى شفائى ثم أكون بهذا الحالة ؟! التواضع قد يعطينى قوة أكبر نحو الشفاء .

*** تعقيب عام على هذه العبارات :**

بادئ ذى بدء تنبغى الإشارة إلى أن هذه العبارات قد تمت صياغتها من واقع ما تم التوصل إليه من معلومات على المستوى السلوكى ، وأيضًا على المستوى الإمراضى ، كذلك فإن بعض هذه العبارات كان المريض قد ذكرها تلقائيّاً فى الإجابة عن الأسئلة السابقة مثل العبارات رقم (٤ ، ٥) بينما البعض الآخر كان عبارة عن تصحيح لما ورد فى الإجابات مثل العبارات رقم (٣ ، ٦ ، ٨ ، ٩) ، وأخيراً فإن ثمة عبارات كانت بغرض شرح وإضافة وتعديل (ليست بالضرورة تصحيح) لبعض ما جاء بالإجابات مثل العبارات رقم (١ ، ٢ ، ٧ ، ١٠ ، ١١ ، ١٢ ، ١٣) . وهذا وقد تم إعطاؤها للمريض دفعة واحدة وطلب منه قراءتها بعناية بصوت عالٍ ثم قراءة صامتة مع التركيز ، بعد ذلك كلف بكتابتها فى الجلسة ذاتها .

كذلك فقد حرص الباحث فى إطار الخطوط العريضة للعلاج بالقراءة ومحاولة للتخفيف من حدة التوتر التى تعترى المريض نتيجة شعوره بالندم والدناءة من جراء الشعور بالرغبة المنحرفة التى تعتريه ، على بيان أن الرغبة الجنسية نحو الأم أو المحارم هى رواسب لممارسات كانت مألوفة فى القديم (بدائية) ، مؤكداً ذلك ومدللاً عليه بجعل

المريض «يقرأ» الفقرات التالية من الجزء الأول من موسوعة سليم حسن لتاريخ مصر القديمة[1] :

« . . . والظاهر أن سبب هذه المنازعات يرجع إلى تعدد زوجات « خوفو » . وقد كان كل ملك يتزوج من عدة نساء ، وكانت له حظايا كثيرات ، وفى هذا الوقت كان زواج الأخ من أخته من الأمور المألوفة . . . » .

وكذلك الفقرة التالية :

« وتولى أريكة الحكم بعد « بيبى الأول » بكر والديه « مرن رع » وكان لايزال صبيًا ، ومن المحتمل جدًا أن « بيبى » تزوج من والدته فى أواخر أيامه . . . » .

وذلك ليس بهدف تبرير هذا الشعور أو جعله مستساغًا بقدر السعى نحو الحد من وطأة الضغط النفسى الذى يجثم على صدر المريض إزاء ما يشعر به ، من خلال الإنارة المعرفية عن طريق ذكر حقيقة أنه قديمًا كان الولد يتزوج أمه أو أخته ، لكن الشرائع السماوية جاءت وحرمت ذلك ، وهو تكنيك أكثر فعالية من المشاركة فى رفض الفكرة بشكل يزيد من حدة تأثيرها ، ومثل هذا المنحى كان بمثابة خطوة أولى نحو التغلب على السلوك الخاطئ ، يؤيده ما أقر به المريض نفسه فى وصفه لشعوره نحو أمه فى الإجابة البعدية (سادسًا/ ٥) .

رابعًا : (بعد مرور أسبوعين على الجلسة السابقة) طلب من المريض قراءة الجمل نفسها أكثر من مرة ، ثم محاولة استعادة أكبر عدد ممكن من هذه الجمل والعبارات وكتابتها من الذاكرة ، وقد جاءت استجابته (من الذاكرة) على النحو التالى :

- وظيفة الجنس ليست فقط لإنجاب الأطفال ، وإنما هو شىء جميل ولذيذ وله نظام وشروط .

- الاعتراف بالشهوة الجنسية على أنها طبيعة فى الإنسان ، تجعلنا نبتعد عن المحرمات : (الأخوات ، الأم ، الخالات) .

---

(١) سليم حسن (٢٠٠٠) موسوعة مصر القديمة . الجزء الأول : فى عصر ما قبل التاريخ إلى نهاية العصر الأهناسى . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ص ص ٢٩٥ ، ٣٧٧ .

– يجب أن أصاحب الوساوس ولا أقاومها .

– رغم أننى البطل فى عـلاج الوسـاوس عندى ، ولكن التـواضع هو المهم فى العلاج .

– الطهارة رمز للتقرب إلى الله ، وليس لإزالة القذارة فقط ، بدليل أننا نتيمم بتراب إذا لم نجد ماء .

– يجـوز إن شـهـوتى نحـو أمى شىء بدائى ، وإننى المسئـول عن هذه ويجب أن أصلح نفسى .

– ينبغى أن أشعر بالذنب لما « . . . . »[1] أشعر بذنب أكبر من أن أآذيها .

– العادة السرية يمكن أن تعمل إذا كان يتجنب الفاحشة .

خامسًا : (فى الجلسة السابقة نفسها) تم تصحيح واستكمال ما قام المريض بكتابته من جمل فى حضوره ، ولفت انتباهه لما يتم تصحيحه ، ثم طلب منه كتابة الجمل والعبارات نفسها كلها مرة أخرى بشكل سليم) وقد شملت عملية التصحيح : الأخطاء الإملائية ، والصياغات الخاطئة ، والجمل الناقصة) .

سادسًا : **(بعد مرور أسبوعين على الجلسة السابقة) تم وضع أسئلة بعدية مفتوحة النهاية (قريبة الشبه بالأسئلة القبلية ولكنها ليست بالضرورة هى نفسها)** ، لاختبار مدى التحسن ؛ خاصة فيما يتعلق بالمفاهيم المرضية التى كانت تلاحق المريض ، وطلب منه أن يجيب عنها فى حدود ثلاثة أسطر (كما هو الحال فى الأسئلة القبلية) ؛ خاصة فى البنية المعرفية والاستبصار لدى المريض حول ما يعانيه ، من خلال مطالبته بالإجابة عن مجموعة من الأسئلة المفتوحة النهايات (الأسئلة البعدية) ، وقد جاءت إجابته على النحو التالى :

١ – إيه رأيك فى علاقة الرجل بالمرأة ؟

هى علاقة جميلة ولذيذة ولها شروط معينة لكى تكون حلالاً ، ويجب أن تكون العلاقة ليست همها الأول هو الجنس ، ولكن لابد أن تكون يوجد صداقة ومودة بين

(١) جملة صريحة جاءت على لسان المريض لوصف ما يطرأ عليه جسمانياً فى حالة الإثارة الجنسية .

الزوجين ، ويمكن أن يوجد صداقة بين الرجل والمرأة بدون جنس ويكونوا هم الاثنين مثل الأخوات ، ويمكن أن يكون يوجد لديهم تضحية .

التعقيب : يلاحظ هنا أن المريض :

لم يحدد الشروط المعينة للعلاقة كما فعل فى الإجابات القبلية ، كما أنه لم يقصرها على « كتب الكتاب » فقط كما كان متضمنًا فى إجابته على السؤال المقابل فى الأسئلة القبلية ، كذلك يلاحظ أنه لم يقصر العلاقة بين الرجل والمرأة على الجنس ، كما لم يبررها بالتناسل (حفظ النوع) فقط ، وإنما نجده قد أضاف احتمال الصداقة ، ويصاحبه جانب أخلاقى رفيع هو (التضحية) .

٢ - إيه رأيك فى الجنس ؟

الجنس جميل جداً للزوج مع زوجته لأنها سنة الحياة ، الله أعطى الزوج والزوجة صفة الاستثارة بينهم لكى يعملوا الجنس حتى يخلفوا أولاد لأنها سنة الحياة ، لأن بدون خلفة ستنتهى الدنيا ، والجنس لذيذ ويجب أن يكون له شروط لكى يكون حلالاً ، ويوجد أيضًا جنس للحيوانات وليس للإنسان فقط ، ويجب أن يحترم الرجل زوجته بالذات أثناء الجنس ويتقى الله فى مجامعتها .

التعقيب : يلاحظ هنا :

أن الإضافات شديدة الدلالة من حيث أن صفات الجمال واللذة ، لم تمنعه من استعمال لفظ « الاستثارة » ، كذلك وصف العلاقة الجنسية باحترام الرجل زوجته وتقوى الله فى مجامعتها ، أى أن المسألة لم تعد تقتصر على الحلال والحرام بشكلهما الظاهرى الكتابى الرسمى ، ومع ذلك نجد أن كل هذا لم ينسه وظيفة الجنس التناسلية لحفظ النوع .

٣ - هل إنكار الشهوة ورفضها سيحل مشكلتك ؟

(لا) يجب أن أفهمها لأنها موجودة فى الإنسان منذ خلق الإنسان حتى يوم القيامة ، فيجب أن أفهمها جيداً لكى أوجها مثلاً فى حاجة صالحة مثل مجامعة زوجتى

وهذا حلال ولا أرفضها لأنى مخلوق بها ، ولا يمكن أن أتركها ، ولا يجب أن أوجه هذه البداية نحو والدتى أو المحارم ، لأنهم من اسمهم هو محارم .

التعقيب : يلاحظ هنا :

أنه على الرغم من أن السؤال كان عن إنكار الشهوة فقط ، فإن إجابة المريض قد اجتازت ذلك إلى ضرورة الفهم والتقبل واحترام ما خلق الله ، ثم أضاف تلقائيًا تفرقة بين هذا الجنس والجنس البدائى .

٤ - هل العادة السرية إثم لا يغفر أبدًا ؟

(لا) العادة السرية هى تعتبر إثم لأن الله نهانا عنها ، لكن بطريقة غير مباشرة (ملتوية) ، لكن متى تعمل ، تعمل عندما نكون على وشك أن نقع فى الزنا فيجب أن تعمل لأن الزنا من الكبائر وأما العادة السرية إثم وليس من الكبائر ، وإنى بطلقها لمدة شعر بالصلاة وأنا عندما أدخل الحمام لا أفكر أن أعملها ، وعندما يأتى لى هذا التفكير بأن أعملها أحاول ولا أعملها ، والعادة السرية إثم صغير والله يغفر عنها ، ويساعدنى أيضًا أن أضيع وقتى فى قراءة القرآن أو أن أنزل الملعب وألعب كرة طائرة أو كرة قدم ، ويمكن أيضًا أن أبعد عن العادة السرية بالمذاكرة .

التعقيب : يلاحظ هنا :

عدم وجود تغيير نوعى كبير فى إجابة المريض عن هذا السؤال مقارنة بالسؤال المناظر له فى الأسئلة القبلية ، فقط كل ما هنالك مجرد اختلاف فى الألفاظ . .

٥ - أوصف شعورك نحو أمك وخالاتك الآن .

اختلف الشعور كان شىء يلح على بأن ألمسهم ، أما الآن فقد انتهى عندى هذا الشعور ، ولما أفكر عليهم فيهم بيكون فى بداية الشهوة ، وقبل أن تزيد أتحكم فيها لأنهم من المحارم ، وباعرف أنها بدائية ، والبدائية هذه لابد من مقاومتها فباقومها والبدائية معناها أنها توجد من أيام سيدنا آدم إلى الآن عندما كان الابن يتزوج أمه أو أخته فيرغبها ، فحتى الآن بعد نزول الدين الإسلامى ومنعه من هذه البدائية فحتى لو جتلى فيجب أن أبعدها .

التعقيب : هذا السؤال قد تعمد تكراره ، لكن بشكل مختلف فى السؤال رقم ١٢ ، وذلك لاختبار مدى ترسخ الاعتقادات السليمة لدى المريض .

٦ - هل الهدف من الطهارة هو إزالة النجاسة فقط ؟

الهدف من الطهارة هو إزالة النجاسة ، وأيضًا هو شيء للتقرب من ربنا ، والطهر يؤخذ حسنات عليه .

التعقيب :يلاحظ هنا أن المريض :

لم يصف - تلقائياً - الطقوس التى يعملها ليتأكد من الطهارة ، كما حدث فى الإجابة على السؤال نفسه فى الأسئلة القبلية .

٧ - تفتكر إن حكاية « الشهوة بتجيك غصب عنك » تعفيك من المسئولية أم أن لك دور معين فى ذلك ؟ ما هذا الدور ؟

لا تعفينى من المسئولية لأنها جزء منى ، يجب أن أتحكم فيه فمثلاً اليد جزء من الجسد فأنا باتحكم فيها ، مثلاً باتحكم فيها فى مسك أشياء أو أن أضرب إنسان بيدى ، ودورى أنى أبعدها عن المحارم .

التعقيب :يلاحظ هنا أن المريض :

قد تنازل تمامًا عن ادعائه الأول بأن المسألة كلها غصب عنه ، وأنه بالتالى لا يشعر بالذنب (إجابة السؤال رقم ٨ من الأسئلة القبلية) بل أن تشبيه العضو باليد جعل تأكيد المسئولية مباشراً وحقيقياً .

٨ - هل هناك طريقة أخرى للتغلب على الوساوس غير مقاومتها ؟

نعم بأن أصاحبها لأنى لو قاومتها من الممكن لا تعمل نتيجة إيجابية ، فيجب أن أجعلها تبتعد عنى بمصاحبتها حتى أخف منها نهائيًا .

التعقيب :يلاحظ هنا :

أن مسألة نصح المريض بمصاحبة الوساوس بديلاً عن مقاومتها ليست مسألة سهلة وكثيراً ما يتعجب المرضى منها وكأنها دعوة للاستسلام للوساوس مع أنها مناورة علاجية

لاقتحامها وقطع الحلقة المفرغة التى تنتج من المقاومة المتكررة الفاشلة ؛ لذلك فإن هذه الاستجابة - رغم إيجازها - لها دلالة إيجابية مهمة .

٩ - هل ترديد أن الواحد عارف الحلال والحرام فقط ، دليل على إنه مؤمن فعلاً ؟

أعرف أن هذا حلال ليس بالقول فقط ، أن نتكلم ونقول هذا حلال أو حرام ، ولكن الفعل يكون مؤمن بإنه يقاوم الحرام ويبعد عنه حتى بدرجة كبيرة ويفعل الحلال لكى يأخذ حسنات عليه . ويجب أن يعرف الإنسان بالفعل الحرام من الحلال فيقوم بالحلال ويتجنب الحرام بالفعل وليس بالقول فقط .

التعقيب : يلاحظ هنا :

أنه لم يكن المقصود بهذا السؤال التفرقة بين « معرفة » الحلال من الحرام ، أو بين تجنب الحرام وفعل الحلال ، بقدر ما كان المقصود أن تأتى مسألة الحلال والحرام تالية فى مراتب الانشغال الفكرى حول الإيمان والعبادات ، إلا أن استجابة المريض كانت قاصرة على تأكيد أن مجرد الكلام عن الحلال والحرام ليس مزية فى ذاته ، وإنما المهم اتباع التعليمات . وهذا يلفت النظر إلى ضرورة الابتعاد عن صياغة الأسئلة بشكل عميق غير مألوف وبعيد عن خصوصية الحالة .

١٠ - البطل فى أى شىء لابد أن يكون إيجابى ويعمل حاجة فعلاً ، فإذا كنت بتقول إنك بطل فى حكاية مرضك ، فإيه هى الحاجة الإيجابية اللى إنت عملتها فعلاً ، موش اللى هتعملها من أجل الشفاء ؟

١ - إنى حاولت أن أسمع كلام الموجهين فى الدواء والتدريبات .
٢ - حاولت أن اشتغل لكى يبعد عنى الوسواس .
٣ - حاولت أن أصلى لكى يبعد عنى الوسواس .
٤ - حاولت أن أقرأ القرآن .
٥ - حاولت أن أذاكر .
٦ - حاولت أن أسمع كلام والدتى عن الوسواس .

٧ - حاولت أن أسمع كلام والدى عن الوسواس .

٨ - حاولت أن أسمع كلام ستى والدة أمى .

التعقيب : يلاحظ هنا أن المريض :

لم يذكر - تلقائيّاً - التدريبات المعرفية بالتفصيل إلا بلفظ واحد فى أول الكلام ، فجاء السؤال التالى لتحديد موقع التدريبات بين كل هذه النشاطات .

١١ - تفتكر المفاهيم والجمل اللى اتعلمتها وكتبتها أكثر من مرة ، فادتك فى حاجة ؟

نعم ، أول جملة علمتنى إن الجنس الحلال جميل وله نظام وشروط ، علمتنى أن يجب أن أبعد شهوتى عن المحارم ، أنى يجب أن أكون طاهراً رمزاً للتقرب إلى الله وإزالة النجاسة ، يجب أن أتحرر من البدائية ، أنى أشعر بالذنب لما أشتهى والدتى أكثر من الشعور بالذنب لما أأذيها ، ويجب أن أتحكم فيه ، ومصاحبة الوساوس .

التعقيب : يلاحظ هنا أن المريض :

قد أوجز معظم الإجابات فى جمل قصيرة واضحة ، وبشكل مرتب ليس فيه تكرار أو إطناب ؛ مما يشير إلى تغلغل المفاهيم الجديدة فى فكره وليس مجرد تسميعها .

١٢ - أوصف شعورك نحو أمك فى فترة حدة وشدة المرض ، ثم أوصف شعورك الآن فى هذه اللحظة ، هل هناك فرق ؟

(اختلف الشعور) كان أثناء المرض كل شىء يلح عليا بأن ألمس خالتى اللى لم تتزوج وبرضه المتزوجة ، أما الآن فقد انتهى عندى هذا الشعور حتى لو ابتدى باحاول أتحكم فيه لأنهم من المحارم ، أما أمى كان أيام المريض كنت باشتهيها ولكن لا أعرف هل بسببها أم لا ، أما الآن فعندما أتذكرها وابدأ أحس حاجة أقول لنفسى إنها بدائية من أيام سيدنا آدم عندما كان الإبن يتزوج أمه أو أخته فأنا عندى بدائية قليلة على أمى وأحاول بإرادتى أن أقاومها .

التعقيب :يلاحظ هنا :

أن المريض استطاع أن يقبل التفسير الأساسى بأن الغريزة طبيعية لا تميِّز ، وأن الاشتهاء – حتى ولو بدا فى اتجاه غير مقبول – يمكن التحكم فيه لاحقًا وبسرعة ، وهذا هو الأسلوب المعرفى الذى يحل محل الكبت الجاهز والملاحق الذى إذا تضخم أصبح عرضة للتشقق والانهيار ، ومن ثم ظهور الأعراض ، كذلك فإن ما جاء فى إجابة هذا السؤال مقارنة بما جاء فى السؤال رقم (٥) يوضح ثبات ورسوخ الاعتقاد السليم وعدم تخلخله من الإجابة الأولى عنه فى الثانية ، وأنه قد حرص على عدم جعل المريض يعاود النظر فى إجابته الأولى قبل أن يشرع فى كتابة الثانية .

سابعًا : (فى الجلسة السابقة نفسها) طلب من المريض أيضًا كتابة قصة قصيرة عن شخص يعانى مما يعانيه هو ، مع بيان الحلول التى يراها مناسبة لكى يتجاوز هذا الشخص تلك المحنة ، كما طلب منه أن يضع لها أكثر من عنوان واحد (وقد استنفذ المريض فى كتابة القصة حوالى الساعة إلا الربع) وهذا نصها :

كفاح مواطن فى علاج نفسه

قصة مريض نفسى

قاهر الوساوس

قاهر اللاإرادية

كان يوجد شخص مسلم كان طيب كان أبوه وأمه يحبونه جداً وكان له أخت وهذه بداية من بدايات مرضه لأنه كان يحب الولاد فقط لأنه كان يرى أصحابه الذى عندهم أخوات أولاد كانوا يتحدوا فى الخناقة ويكسبوها فكان لا يحب أخته بدرجة كبيرة لأنه كان يحب أن يكون له أخ ولد ثم تحركت حياته كان متفوقًا فى دراسته جداً كان مخه ذكى جداً كانت قوة حفظه قوية جداً فسارت حياته حتى سار فى ٣ إعدادى كانت بداية مرضه فكان أساتذة يقولون له أنت فى بداية الوسوسة فكان لا يفهم ما معنى موسوس وسارت حياته حتى أصبح فى أولى ثانوى فكان عنده وسواس بسيط وخلال فترة أولى ثانوى كان يجىء له وسواس حتى صار فى ٢ ث وفى دراسة ٢ ث جاء وساوس له كثيرة فكانت هذه

السنة قنبلة الوساوس فكان بعد أن يعمل حمام يشطف كثيراً جداً لدرجة موسوسة جداً لأن حاجة بتقوله ماء وسخ جاء فيه وعلى لسانه نجده يروى لنا أنى كنت فى الوضوء كنت أكتر فى الوضوء كثيراً لأن حاجة تقولى إنت عملت ونسيت تغسل وجهك أنا كنت أسأل كثيراً جداً فى الدروس حتى جعلنى أن أفصل فى درس الكيمياء ، وكان حاجة تقول إن الشيش أو الباب مش مقفول فكنت أوسوس جداً ، وكنت فى الحمو ، أغسل جامد ، وعندما أعمل العادة السرية كنت أغسل نفسى كتير وأغسل الحمام وأرضيته والسفون والشبشب وبالذات كنت بغسل البلاعة ، وكنت قبل أن أنام أأفل كثيراً فى الباب أشوفه مقفول ولا لأ وكنت أشوف البوتاجاز مقفول ولا لأ كل هذا بطريقة مبالغ فيها جداً وكنت أعمل حمام وأغسل رجلى بعديها لأنى أفكر أن الماء الوسخ جاء وكنت قبل أن أمشى أشوف أرضية الطرقة اللى برة لأن بيجيلى وسواس يقول لى أن فلوسى وقعت ، ثم جاء بعد ذلك مرحلة خالاتى أن كان يوجد لى خالة لم تتزوج كنت أنام بجانبها وأشتهيها وأقولها ده فترد عليا إن ده حرام ، وجعلت مرحلة والدتى كانت تنام بجانبى وكنت باشتهيها ولكن لا أعرف هل بسببها ولا بسبب من عندى ، وكنت أجد وسواس يقول لى إنت شتمت ربنه فكنت استغفر كثيراً ، وكنت فى الصلاة حاجة تقولى إنت صليت ٣ بدل أربعة فكنت أكتر وأعيد الصلة وكنت لما أذاكر حاجة تقولى أعدل ذلك أعدلها حاجة تقول أعدل ذلك أعدلها لحد ما كرهت المذاكرة ، وأيضًا يجىء لى أفكار وأنا بأذاكر وكرهت الصلاة والوضوء والآن قبل أن أنام يجب أن أعدل الفوطة والحتة اللى بمسح بيها بعدلها بطريقة مبالغة جداً وأيضًا بعد أن أعمل حمام ماء أشطف كثيراً وأغسل الشبشب .

وهذا ما رواه عن مرضه والذى أدى إلى دخوله إلى المستشفى حيث كان هذا هو بداية طريقه للعلاج بعد أن ذهب كثيراً من الشيوخ والأطباء الآخرين أما فى هذه المستشفى فكان دكتور كبير دخلنى المستشفى ومسكنى دكتور أصغر منه فكان يوجد فى المستشفى كورسات علاج أولاً بالأدوية ثم بالمذاكرة ثم بالمقيل ثم بالشعر ثم بالموسيقى ثم بالملعب ثم بالجروب ثم أعطانا دكتور آخر أشياء أكتبها وكررها وهى أشياء جميلة لأن هذه الأشياء جعلت ذاكرتى ترجع مرة أخرى وقوة حفظى ترجع مرة أخرى وفهمت حجات معينة كنت لا أفهمها عن الجنس عن البدائية عن الطهارة عن الشهوة الجنسية ومع وجود

إرادة لهذا الشخص وعمل وأطاع كل هذه الكورسات وذاكر ومع الدواء والتدريبات الكتابية وسمعان الكلام فقد شفى بعون الله .

تم بحمد الله

هذا وقد تطلب إنجاز ومتابعة وتصحيح الأسئلة والواجبات القرائية / الكتابية المشار إليها سابقًا / إجراء سبع جلسات متفرقة مع المريض على مدى شهرين متتابعين (أكتوبر/ نوفمبر ٢٠٠١) تراوحت مدة كل منها ما بين ١٥ - ٩٠ دقيقة .

كما تم إجراء عدة مقابلات كلينيكية بهدف المتابعة التقييمية مع المريض (تراوحت مدتها ما بين ١٠ - ٢٥ دقيقة) تولاها بنفسه الدكتور يحيى الرخاوى ، وبحضور كل من الطبيب المتابع للحالة والقائم بالتطبيق ؛ بهدف الوقوف على طبيعة ومدى التغير الإيجابى الذى أحدثته التدريبات القرائية / الكتابية فى اتجاهات المريض وأفكاره واعتقاداته وبنيته المعرفية ، ولعل من الأهمية بمكان عرض نص آخر مقابلة كنموذج ختامى وقد أجريت بتاريخ ١١/ ١٢/ ٢٠٠١ .

الطبيب : إزيك يا (. . . اسم المريض)

المريض : كويس الحمد لله

الطبيب : إيه ؟ إيه أخبارك ؟ حاسس بتغير ؟

المريض : (يهز دماغه بالإيجاب) أيوه

الطبيب : باين . . وشك أحسن . . بس برضه إيه بقى اللى اتغير ، قول لنا ؟

المريض : الوساوس اختفت ، وكمان لما بافكر فى أمى ما بقتش زى قبل كده يعنى . . (ينظر فى الأرض متحرجًا)

الطبيب : طب بس بس مش قوى كدة واحدة واحدة ، اشرح لنا مثلاً الوساوس مشيت إزاى ؟ لما صاحبتها ، ولا بالإرادة والحزق ؟

المريض : لا لما صاحبتها ، خفّت شوية

الطبيب : منك ليها كده ولا مع التدريبات بتاعت الأستاذ عبد الله ؟ عملت حاجة هى والدوا ؟

المريض : (ملتفتًا ناحية القائم بالتطبيق) آآه صح الواجب اللى إداهولى أكتبه كذا مرة ، مش كدا ؟ (موجهًا سؤاله لمطبق البرنامج الذى أومأ إليه علامة على الإيجاب)

الطبيب : تقدر تقولنا عَمَلتْ إيه ، ولا فادت فى إيه ؟

المريض : عرفت إن اللى عندى ده كان سببه بدائية ، من أيام زمان موجودة جوه الإنسان من أيام سيدنا آدم وكده

الطبيب : طب وناوى لما تخرج تعيا تانى إمتى ؟

المريض : مش عارف ، بس على طول أول ما أتعب حاجى ، وبعدين أخرج تانى

الطبيب : طب ولما تخرج هاتاخد مين معاك ؟

المريض : يعنى إيه هاخد مين معايا ، مش فاهم ؟

الطبيب : يعنى مين بيحبك من الدكاترة ، وهيفضل معاك حتى بعد ما تخرج من هنا ؟

المريض : كلهم

الطبيب : (مقاطعًا) لا مش عايز كلهم اختار واحد ولا اثنين كفاية عليك

المريض : (يقلب نظره فى الحضور من الأطباء والأخصائيين) أستاذ أيمن ، أستاذ عبد الله و . . .

الطبيب : (مقاطعًا) بس بس كفاية دول قوى ، بس على الله ما تنساهمش ، فاهم ، يالا اتفضل . . حمدلله على سلامتك

المريض : الله يسلمك .

*** تعقيب عام على هذه المقابلة التقييمية :**

أولاً : تتعارض المتابعة التفصيلية أحيانًا مع الهدف العلاجى ؛ لأن إعادة ذكر تفاصيل الأعراض قد ينشطها ثانية بشكل يعطل العلاج ، وعليه فكما هو ملاحظ فإن هذه المقابلة اتسمت بالإجمال والإيجاز ، وعلى الجانب الآخر جاءت إجابات المريض هادئة وفورية .

ثانيًا : يلاحظ أن أهم ما عَلق بوعى المريض هو قبول فكرة بدائية المشاعر المريضة ، ومن ثم عدم الإلحاح فى رفضها ، بل العمل على احتوائها ، ثم تنظيمها دون ذكر ذلك تحديداً .

ثالثاً : يلاحظ أن التدريب على الوعى باحتمال الانتكاس - وهو الأسلوب المتبع فى هذا المجتمع العلاجى محل تطبيق التجربة - هو تأكيد لطبيعية العرض المرضى ، وبالتالى فكلما انفصلت البدائية عن شمولية الاحتواء ، فإنه بالإمكان استعادة التمكن من شمولها بالطريقة نفسها . إن هذه الثقة فى ذاتها تعتبر من معالم نوعية التحسن بالمعرفة ، بمعنى آخر أنه ليس المهم التخلص من الأعراض بقدر ما هو مهم معرفة الطريق إلى ذلك .

رابعاً : توجد هنا إشارة إلى امتداد العلاقة بعد الخروج من المجتمع العلاجى ، ليس بالالتزام بالحضور المنتظم فحسب ، وإنما باحتواء وعى المريض لمن نجح فى عمل علاقة عميقة مستمرة بهم ، والعلاج المعرفى يؤكد هذه العلاقة الغائرة فى الوعى ، وليست فقط العالقة بالذاكرة .

٣-٣-٣ - المسار أو البرنامج الفرعى الثانى :

٣-٣-٣-١ - الهدف :

تحقيق درجة من الاستبصار تساعد على إدراك الآخر عن طريق إتاحة الفرصة للمشاركة الجماعية الفعالة فى سياق ترفيهى لا يخلو من الجدية والإنجاز ، وكذلك تحقيق قدر من تنظيم الإيقاع المرتبط بجانب من النشاط المعرفى لدى المرضى والذى عادة ما يكون مضطربًا لدى كل منهم من جراء المرض النفسى ، وذلك باستخدام أبيات من الشعر تقدم فى سياق جماعى تشاركى .

٣-٣-٣-٢ - المستهدفون :

ستة عشر فرداً من أفراد العينة تم اختيارهم بمعرفة كل من المسئول عن التطبيق والمختصين بالمستشفى ، حيث اشترط فيهم علاوة على السمات المذكورة فى معايير اختيار العينة ، أن يكون كل منهم قد حضر عشر مرات على الأقل جلسات الشعر التى تعقد أسبوعياً بصورة منتظمة فى المستشفى ضمن الأنشطة المكملة للبرنامج العلاجى ؛ للاطمئنان إلى توافر حد أدنى للمعرفة بالهدف من هذه الجلسات ؛ فضلاً عن التآلف مع جوها العام وضمان المشاركة الجدية فى الإجابة عن الاستبيان التى سيتم تحليل محتواها .

٣-٣-٣-٣ - المحتوى ومراحل التطبيق :

بادئ ذى بدء وقبل الخوض فى بيان المراحل التى مر بها تطبيق هذا المسار من البرنامج ، الذى يسعى فى الأساس إلى رصد تجربة جلسات الشعر التى تتم فى المستشفى موضع التطبيق من خلال التركيز على عينة من المرضى الذين يواظبون على حضورها لبيان مدى التأثير والتغير النوعى الذى تحدثه هذه الجلسات وأبيات الشعر .

هذا وتنبغى الإشارة إلى أن العلاج بالشعر يقوم على النظرية نفسها التى يقوم عليها العلاج بالقراءة من حيث كونه ليس وليد تخصص المكتبات وحده ، ومن ثم فهو لا يعتمد بشكل أساسى على مسئول المكتبة بمفرده ، وإن احتفظ هذا المسئول بمكانته كعضو أساسى ضمن فريق العمل الذى يقوم به ، وإن كان ذلك لا يمنع المشتغلين بالعلاج بالشعر من أن يستخدموا إلى جانبه أشكالاً أخرى من النتاج الفكرى الأدبى وغير الأدبى (الحقائقى)[1] . وتنبع أهمية الدور الذى يمكن أن يقوم به الشعر من منطلق كونه أقصر خط عاطفى يمتد بين نقطتين ، إحداهما عند يد الشاعر والأخرى عند قلب وعقل المتلقى ، والمرضى النفسيون أكثر من غيرهم تأثراً بالموسيقى الداخلية للشعر ، والتى تنتج سواء عن السجع أو الجناس أو الوزن والقافية ، ويتضاعف هذا التأثر إذا ما صيغ هذا الشعر فى قالب لحنى مؤثر يتناسب مع حالة المريض النفسية ؛ فهناك أنواع من الموسيقى يمكن أن تؤدى بالمريض إلى الهياج ، من ثم يكتشف المعالج خطأ اختياره لها ، وأنه كان عليه أن يقدم له نمطًا من الموسيقى متهاديًا حالمًا ، وفى المقابل قد يكون هناك مريض منعزل وانطوائى ومن ثم يمكن أن تدفعه لأن يطرب ويهتز بجعله يستمع إلى نمط آخر ثائر من الموسيقى ، فيحدث ما يشبه المصالحة بينه وبين جسُده ؛ ذلك أن علاقة الشخص بجسده مثلها مثل علاقته بنفسه إلى حد كبير ، وترجع هذه الحساسية المفرطة والتأثر البالغ من جانب المرضى النفسيين للشعر والموسيقى مقارنة بالأشخاص العاديين نتيجة لتكسر

(1) Rubin, Rhea Joyce. (1978) Bibliotherapy: A Guide to Theory and Practice.- Arizona: Oryx Press, 1978.- p.75.

As Cited in: Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy: A State of the Art. In: Advances in Library Administration and Organization.- Vol.9, 1991.- p.36.

دفاعاتهم الداخلية ، وتعريهم النفسى ؛ مما يدفع بهم إلى الارتماء فى ساحة حماية المعالج الذى يقدم لهم نوعًا مختلفًا من التماسك والإحاطة متمثل فى السياق الشعرى المنتظم والإيقاع الموسيقى الآنى(١) .

وعليه فيمكن تلخيص الدور الذى يقوم به الشعر بالنسبة للمريض النفسى فى أنه : يحضر جلساته فيسمع ، ثم يردد مقاطعه مع آخرين فيشارك ، ثم يلقيه منفردًا فيحسه ويكون أقرب ، ثم ما يلبث أن يروقه الأمر وتحركه الكلمات والإيقاع بل والمعانى فيكتب على غراره فليس من المستغرب أن نجده يبدع .

قد بدأت تجربة جلسات الشعر كأحد الأنشطة المساندة لأنماط العلاجات الأخرى فى مستشفى « دار المقطم للصحة النفسية » مجال التطبيق عام ١٩٨٧ ، وتحديدًا يوم الإثنين الموافق ٢٨/ ٩/ ١٩٨٧ عندما قام الدكتور يحيى الرخاوى عقب الانتهاء من نشاط الجرى الطويل ، وفى حضور مجموعة صغيرة من المرضى مضطربى الشخصية Personality Disorder ، تراوحت أعمارهم ما بين ١٧ - ٢٨ عامًا ، بانتقاء بعض أبيات من ديوان أبى العلاء المعرى وإلقائها منفردًا ، ثم دعاهم جميعًا إلى مشاركته فى ترديد ما يقرأه ، حتى وصلوا إلى مرحلة الحفظ التام لهذه الأبيات ، وأصبح فى إمكانهم استرجاعها من الذاكرة ، مع الإلقاء الجيد والتعبير عن المعانى بالوجه والجسم ، ومنذ هذه البداية التلقائية البسيطة صارت جلسات الشعر تعقد صباح كل يوم أربعاء من كل أسبوع بقاعة خاصة لمدة ساعة تقريبًا ، كما تتنوع فئات المرضى الذين يحضرونها ، وكذا أنماط الشعر الذى يقدم خلالها(٢) .

ومن ثم ومحاولة لرصد استجابات بعض مرضى الفصام عن الشعر كمادة قرائية تتميز عن غيرها من المواد القرائية الأخرى باحتوائها على إيقاع منتظم وكذلك على درجة

(١) مقابلة شخصية مع الدكتور سيد الرفاعى المسئول الأساسى عن إدارة جلسات الشعر بالمستشفى (٤/٩/٢٠٠١) .

(٢) سيد الرفاعى (٢٠٠٠) تجربة استخدام الشعر حفظًا وأداءً فى علاج المرضى النفسيين فى مجتمع علاجى . (القاهرة) : د. ن . ص ١ . (بحث غير منشور) .

من التجريد والإبداع ، وهو ما يفتقده المريض النفسى ، قدم لمجموعة المرضى الستة عشر المختارين من العينة استبيانًا يسعى لتبيين مدى تأثير ما يقدم لهم من أشعار خلال الجلسات ؛ خاصة على ما يعانون منه من اضطراب نفسى ، وقد حرص على أن يصاغ هذا الاستبيان تحت عنوان « استطلاع رأى لتطوير جلسات الشعر » لإشعار كل مريض بأهمية الرأى الذى سوف يبديه والاستجابة التى سيسجلها عما يقدم إليه من أسئلة واستفسارات ، على الرغم من أن الهدف المقصود فى الأساس من ورائه هو تقييم تجربة للعلاج بالشعر تعتمد كلية على مجموعة منتقاة من رباعيات الشاعر صلاح جاهين .

وقد اختيرت رباعيات صلاح جاهين بشكل عام والاثنتى عشرة رباعية المدرجة فى الاستبيان على وجه الخصوص لأسباب عدة نوجزها فيما يلى :

١ - الحرص على ضمان أن تأتى التجربة مصرية عربية صرفة ، ومن ثم فمن المناسب والمنطقى اختيار أشعار عربية وليست أجنبية أو مترجمة ترتبط بالمجتمع الغربى الذى أتت منه وتنبع مفرداتها من التقاليد والأعراف الخاصة به ، والتى تختلف بالطبع عن نظيرتها المتعارف عليها فى مجتمعنا العربى .

٢ - شكلت صياغة هذه الأشعار بالعامية قيمة مضافة إيجابية فى اتجاه تقبلها لبساطتها ، ومن ثم التآلف معها من جانب مجموع المتلقين من المرضى النفسيين .

٣ - مثَّل اشتمال كل رباعية على عدد أربعة أبيات فقط قيمة مضافة أخرى ، فهى تأتى بمثابة الومضة المتألقة ، أو الحجر الكريم ، قيمته فى اختصاره وجزالته وتكثفه وصقله لا فى كبر حجمه أو تضخمه ، كما أن هذا الصغر فى حجم وكم الأبيات يعد اختيارًا ملائمًا بدرجة كبيرة بالنسبة للمرضى النفسيين ، وخاصة فئة الفصاميين الذين يعانون من عدم القدرة على التركيز لفترة طويلة ، وعدم القدرة على تحقيق الترابط بين الكلمات أو الجمل ، وهو الشىء نفسه الذى حرصت عليه هيلين إلزر Helen Elser[1] أمينة المكتبة الطبية المتقاعدة والمشرفة على مكتبة فرانسيز لينهين

(1) Elser, Helen (1982) Bibliotherapy in Practice. Op. Cit. Pp. 647 - 659.

التذكارية Frances Linehan Memorial Library عند تصميمها لبرنامج للعلاج بالشعر بالتعاون مع رئيس قسم العلاج المهنى بمستشفى دينفر Danvers بولاية ماساشوسيتس الأمريكية بمنحة قدرت آنذاك (عام ١٩٧٦) بنحو عشرين ألفًا من الدولارات ، حيث اعتمدت فى الأساس على مجموعة من الأشعار البسيطة القصيرة (ما بين ٤ - ٢٠ بيتًا) المفعمة فى الوقت ذاته بزخم كبير ودفقات مكثفة من التفاؤل والبهجة ، وتستثير ذكريات حميمة مشتركة لدى مجموعة المرضى بالمستشفى ، كما تنقب فى داخلهم عن مشاعر وعواطف مستترة دفنت تحت وطأة شعور واحد جامد متبلد أوجده المرض ، فضلاً عن تحريك ما فى نفوسهم من بقايا أو حتى آثار لشحنات الإرادة الفاعلة[1] .

٤ - بنية الرباعية كقالب شعرى لها تأثير خاص فى نفس من يقرؤها سويًا كان أو مريضًا : فالبيتان الأول والثانى منها بمثابة عرض لأوليات الموقف ، ثم يأتى البيت الثالث الذى قد يتوهم المتعجل أنه أضعف أبيات الرباعية ؛ نظرًا لأنه الوحيد النافر عن القافية . إلا أنه فى الحقيقة يمثل عمادها وذروة سنامها ، حيث يتصاعد فيه الزخم الشعورى للموقف ليبلغ قمته ، ثم ما يلبث أن يهوى فجأة من شاهق مع بزوغ أول شعاع ضوء للبيت الرابع ؛ ذلك البيت الختامى الذى يأتى بمثابة دقة المطرقة على السندان بعد أن كانت مرتفعة فى الهواء[2] ، ثم تلك الرنة ذات الصدى المتهدج - الذى نسمع وقعه فى الوقت نفسه قبل الآذان - والتى تعقب هوى المطرقة على السندان ، وهى كلمة «عجبى» تلك الكلمة الساحرة التى تدفعنا قسرًا برضا وشوق لنعود أدراجنا مرة أخرى لكى نتأمل فيما اجتزناه توًا من الأبيات الأربع ، ومن ثم نعاود قراءتها مرة بعد أخرى .

---

(١) من أمثلة الأشعار التى استخدمت فى هذا البرنامج وأثبتت جدواها بنجاح : رباعية إيملى ديكنسون Emily Dicknson التى بعنوان « أنا لا شىء ، فمن تكون أنت ؟ I'm Nobody, Who are you? ، وقصيدة الشاعر روبرت فروست « النزيل Lodger » التى تتكون من ستة أبيات .

(٢) صلاح جاهين (١٩٩٦) رباعيات صلاح جاهين ؛ تقديم يحيى حقى . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١٩٩٦ . ص٥ .

٥ - روعى فى الرباعيات الاثنتى عشرة المختارة أن تحمل بين ثناياها منعطفات شعورية متنوعة ، ودفقات عاطفية محفزة تستثير المشاعر الدفينة لدى المرضى على اختلافهم ، كما حرص فى ترتيب تتابعها على ألا تتكتل الرباعيات المفرحة فى الصدر ، والمقبضة أو المثيرة للتأمل فى العجز أو العكس ، وإنما حاول قدر المستطاع تحقيق التوازن فى التقديم والترتيب فى التتابع حتى الاختتام ، حتى أنه ليمكننا وصف هذا الترتيب بـ «الفرحانقباضى»[1] تمامًا كوصف صاحب الرباعيات نفسه نفسه .

وبالنسبة للبرنامج الفرعى هنا فإن خط سير الجلسات كان يسير على النحو التالى :

١ - تبدأ الجلسة فى الساعة الحادية عشرة والنصف من صباح يوم الأربعاء من كل أسبوع لمدة ساعة تقريبًا ، وقبل بدء جلسة العلاج الجمعى ، حيث يجلس المرضى الذين تم اختيارهم بالاتفاق مع الطبيب المعالج والأخصائى (لضمان الاستعداد الذهنى والبدنى للمشاركة فى الجلسة) متحلقين جنبًا إلى جنب (لإدراك الآخر وتعرف الانفعالات المختلفة ، والتآزر والتواصل أكثر مع المعالجين وبقية المرضى) .

٢ - تستهل الجلسة عادة بتعريف كل فرد الآخرين باسمه ، مع الحرص على أن يقول كل مريض الاسم بثقة وصوت عال (لتعميق الإحساس بالذات وإدراك الآخر) ، كما قد يتعمد المعالج الرئيس المسئول عن إدراة الجلسة بعد انتهاء دورة ذكر الاسم - بما فى ذلك الأطباء والأخصائيين الحاضرين للجلسة - سؤال أى مريض عشوائياً ؛ خاصة أولئك الذين يبدو عليهم عدم الانتباه والسرحان ، على اسم أى مريض آخر ؛ وذلك لاستنفار ذاكرته ودفعه للبقاء يقظًا منتبهًا طوال الجلسة .

٣ - يختار المعالج إحدى الرباعيات ، ثم يقوم بإلقائها بمفرده أولاً بصوت واضح وبسهولة عدة مرات ، حتى يضمن استيعابها من جانب المرضى ، بعدها يطلب منهم جميعًا ترديدها خلفه فى البداية ثم معه بعد ذلك بشكل منظم ، مراعيًا فى ذلك

(١) يحيى الرخاوى (٢٠٠٠) رباعيات ورباعيات : صلاح جاهين ، عمر الخيام ، نجيب سرور : مركز المحروسة ، ص ١٢ .

المحافظة على الإيقاع ، ومخارج الكلمات ليعبر النطق عن صحيح المعنى ، مع تكرار عملية الترديد حسبما يرتئيه المعالج فى ضوء التعاون الذى يبديه المشاركون ودرجة الصعوبة التى تكون عليها الرباعية .

٤ - كذلك إمعانًا فى تثبيت الأبيات فى ذهن المرضى يتم توزيع مجموعة دفاتر (كراريس) خالية وأقلام ليكتب كل مريض اسمه على غلاف الدفتر الخاص به ، ثم يدون فيه الأبيات التى سمعها ، وغالبًا ما يساعد ذلك من لم يستطع الحفظ رغم كثرة الترديد .

٥ - بعد الترديد الجماعى ، يسأل المعالج من استطاع حفظ الأبيات ، ثم يدعوه إلى إلقائها ليردد من بعده الجميع ما يقول ؛ (بهدف بث روح القيادة ، والتشجيع على كسر حاجز الخوف ، والحث على المبادرة) .

٦ - ينتقل المعالج بعد ذلك للسؤال عن ما إذا كان قد عرف ما ترمى إليه الأبيات والمعنى الذى يقصده الشاعر ، وهنا ينبغى تأكيد ضرورة أننا هنا لسنا بصدد تحليل لغوى أو نقد فنى نحاول دفع المشاركين إلى اكتسابه ، ولكن الهدف الأساسى البسيط هو دعوتهم إلى بذل مجهود فى اتجاه تعرف المعانى وإدراك الفكرة والمغزى ، وتحسس الإيقاع وتشربه داخل وجدان كل منهم ، وفى هذا الإطار ينبغى تأكيد حتمية ووجوب أن يكون المعالج على دراية كبيرة بطبيعة كل حالة من الحالات المشاركة فى الجلسة والمرحلة العلاجية التى تمر بها ، ومن ثم يتعامل معها من هذا المنطلق ، فلا يضغط عليها بشكل يدفعها إلى الهياج ومن ثم الإخلال بنظام الجلسة ، وفى المقابل لا يهتم أو يترك حالة على حساب حالة أو حالات أخرى مما يشعرهم بالازدراء والإهمال والغيرة .

٧ - يشرع المعالج فى تكوين ثنائيات من المرضى سواء أكانت إناثًا فى مقابل الذكور أو مختلطة (ذكر وأنثى) ليقوما معًا بإلقاء الأبيات بشكل درامى يبرز مدى الشعور بالمعنى فى ظل جو تنافسى حماسى بعيد عن الاستفزاز أو الندية المشجعة على التجاوز ، كما يقوم المعالج بإدارة عملية إلقاء الأبيات بشكل « تبادلى دوّار » أى أن يسمح المعالج لكل مريض أن يتخير من يشاء من المشاركين فى الجلسة : طبيبًا كان

أو مريضًا ليخصه بإلقاء الأبيات عليه ؛ (لتعميق إدراك الآخر بدرجة أكبر حيث يفرض المعالج على من يلقى ضرورة أن ينادى من يريد إلقاء الشعر عليه باسمه ، وأن ينظر إليه بتركيز طوال فترة إلقائه للأبيات) ، ثم يقوم من ألقى عليه الشعر بدوره بتخير آخر ليقوم بإلقاء الأبيات عليه . . . وهكذا دواليك .

٨ - حرصًا على تحقيق قيمة مضافة لهذه الجلسات ، وتلطيفًا للجو العام لها ، وتشجيعًا للمرضى على سرعة حفظ الأبيات وترديدها ، يتم أداء الأبيات غنائيّاً وتشجيع الأفراد المشاركين على اقتراح ألحان من جانبهم للأبيات ، وهنا تجدر الإشارة إلى أنه لا يتسنى تحقيق ذلك بنجاح ما لم يكن الشخص الذى يلقى الشعر على مجموعة المرضى محبّاً له ، إن لم يكن ممارسًا بالفعل وكاتبًا له ، أو لديه معرفة كافية بأصوله ، وحبذا لو كان حلو الصوت أو على الأقل قادراً على التعبير والأداء الصوتى دارسًا للموسيقى ، وقد كان كل ذلك - لحسن الحظ - متوافر فى شخصية المسئول الرئيسى عن جلسات الشعر بالمستشفى موضع التطبيق حيث يجمع بين الدراسة الأكاديمى (دكتوراه فى تخصص علم النفس) ، فضلاً عن دراسته بقسم الدراسات الحرة بمعهد الموسيقى العربية ، وإجادته العزف على آلة العود ، بالإضافة إلى الخبرة العملية الميدانية من خلال عمله ضمن الهيئة الطبية بالمستشفى منذ ما يقرب من الخمس عشرة سنة ، وتوليه إدارة الجلسات منذ بدأت عام ١٩٨٧ ، وقد مكنه كل ذلك من تحسس وقع الكلمات على مسامع المرضى ، وتلوين تأثيرها عليهم حسبما تقتضيه طبيعة الجلسات ، من خلال ما يصبه داخل نفوسهم من ألحان متنوعة ، يتشارك الجميع فى غنائها .

٣-٣-٤ - المسار أو البرنامج الفرعى الثالث :

٣-٣-٤-١ - الهدف :

تحقيق قدر من الاستبصار الضمنى عن طريق دفع المريض إلى التقمص أو التوحد Identification (وهو حيلة يلجأ إليها الفرد ليزيد بها من قدر نفسه ، بأن يمد هويته إلى شخص آخر ، أو يقترض هويته من شخص آخر ، أو يخلط ويدمج هويته بهوية

شخص آخر) مع بطلة قصة حقيقية تعانى من مشكلة معينة واستطاعت بتسلحها بالإرادة والتصميم تجاوز هذه المعاناة ، ومن ثم شحذ عزيمة هذا المريض نحو الاقتداء بها فى مواجهته لمعاناته مع مرضه وأعراضه .

٣-٣-٤-٢ - المستهدفون :

عينة مقصودة لذاتها من الأفراد قوامها ستة أفراد (أربعة ذكور ، وأنثيان) مجتزأة من العينة الكلية ، روعى فيهم ارتفاع مستوى الفهم اللغوى قدر المستطاع ؛ لضمان استيعاب مضمون النص المقدم ذى اللغة الأدبية العالية بعض الشىء ، ومن ثم المقدرة على الرد على أسئلة الاستبيان المعد حول هذا النص .

٣-٣-٤-٣ - المحتوى ومراحل التطبيق :

بداية ينبغى الإشارة إلى أن أحد منطلقات التفكير فى تطبيق هذا المسار أو البرنامج الفرعى نبع من غيرة علمية إزاء تلك التجارب الروسية التى رصدها أ. ميللر A. M. Miller أحد أمناء مكتبات المستشفيات بالاتحاد السوفيتى (السابق) فى مقاله المنشور منذ ثلاثين عامًا فى عدد يوليه عام ١٩٧٢ من دورية International Library Review تحت عنوان « المواد المقروءة من جانب المرضى The reading Matter of Patients » والذى أشار فيه إلى أن كل مريض كان يمكث فى المستشفى ستة وعشرين يومًا ، كان يرسل إلى قسم العلاج بالقراءة مع إرفاق نبذة تاريخية قصيرة عن مرضه وطبيعة الإصابة ودرجة الحالة العصبية التى تعتريه ، ثم يقوم أمناء مكتبة المستشفى بدورهم بدراسة المريض كقارئ وتقدير الأسباب التى لعبت دوراً فى المرض العصبى ، وبناء على ذلك يتم إعداد قائمة قراءة ضمن منظومة البرنامج العلاجى الخاص به فى ضوء ما يجرى دورياً من اختبارات نفسية ، وعادة ما تتضمن قائمة القراءة هذه فى المتوسط من ٦ - ١٢ كتابًا ، إضافة إلى قائمة قراءة أخرى ملحقة يحملها المريض معه وهو خارج من المستشفى فيما يعرف بقائمة القراءات المنزلية[١] .

(١) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو البيليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من البيليوجرافيا أو علم الكتاب . القاهرة : الدار المصرية اللبنانية ، ٢٠٠٠ . ص ٨٢ .

وكان من أبرز التجارب التى أوردها ميللر فى مقاله الثرى - وهى التجربة التى حاول صاحب هذا العمل استلهام روحها فى هذا الجزء من البرنامج - ما حدث مع تلك الفتاة الروسية التى كانت فى سن العشرين وأقعدها المرض وجعلها حبيسة بسبب تصلب الأنسجة ، ثم بعد أن قرأت كتابًا عن قصة حقيقية وقعت لأحد عمال المناجم الروس ويدعى و. تيتوف ، حيث أصيب فى حادث فقد على إثره كلتا يديه ، ومع ذلك أصبح مؤلفًا ، وقد علقت هذه الفتاة ، بعد انفعالها واعتمال قصة هذا الرجل داخل نفسها ، على ذلك بقولها : « لقد جعلنى هذا الكتاب أتعلم كيف أعشق الحياة ، وأؤمن بالجنس البشرى ، ولن تنتابنى بعد اليوم تلك الأفكار السوداء عن نفسى وعن الآخرين ، لا فقدان لقوة الإرادة ، لا رغبة فى الانتحار ، إننى أنظر بخجل إلى تلك الأيام التى كانت تراودنى فيها تلك الأفكار »[١] .

كذلك خرجت عدد من الدراسات[٢] بنتائج تؤكد أن العلاج بالقصص قد نجح فى تقليل مستوى الضغط العصبى ، وإحداث تغيير وتحسين فى الأفكار ، بل فى الشخصية ذاتها لدى بعض المرضى .

من هذا المنطلق وتأسيسًا على ما سبق ، ولكن فى صورة مبسطة تم فى هذا المسار الثالث من البرنامج تقديم مقتطف من أحد كتب السير الذاتية المترجمة وهو « قصة حياتى

---

(١) المرجع نفسه . ص ص ٨١ - ٨٢ .

(2) *This Studies are:*

- Taylor, V. W. (1982) An Investigation of the Effect of Bibliotherapy on the Self- Concepts of Kindergarten Children from One-parent Families.- Dissertation Abstracts International, 43, 3505 A. (University Microfilms, no. 83-06, 456.
- Ray, R. D. (1983) The Relationship of Bibliotherapy, Self- Concept and Reading Readiness among Kindergarten Children.- Dissertation Abstracts International, 45, 140 A. (University Microfilms, no. 84-02, 425).
- Bohlmann, N. A. (1986) Use of RET Bibliotherapy to ? Increase Self- Acceptance and Self- Actualization Levels of Runners.- Dissertation Abstracts International, 46, 2191 A. (University Microfilms, no. 85-23, 265).
- Halliday, G. (1991) Psychological Self- help Books: How Dangerous are they.- Psychotherapy, 28 (1991).- pp. 678- 680.

نقلاً عن : المرجع نفسه . ص ص ١٠٢ - ١٠٤ .

العجيبة » لهيلين كيلر ، للأفراد المستهدفين ، وقد روعى فى هذا المقتطف المختار أن يشكل فى مجمله كلاً متكاملاً ، تضم أجزاؤه المختلفة وحدة عضوية درامية قائمة بذاتها ، تمثل فى مجملها قصيصة قصيرة مكتملة العناصر من : تمهيد ، وحدث وعقدة ، ونهاية أو حل ، وشخوص وزمان ومكان هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى تناولها لمفاهيم تخدم الخطة العلاجية للمرضى على صعيد العلاج المعرفى مثل : الإرادة والمفاهيم المجردة .

ثم طلب من كل فرد من هؤلاء الأفراد الإجابة عن أسئلة استبيان أعد حول المقتطف الذى تمت قراءته[1] ، حيث يعد هذا الاستبيان فى حد ذاته بمثابة أداة لقياس القدرة الاستيعابية وترابط الأفكار ، وفهم المعانى المجردة لدى المرضى النفسيين ؛ خاصة مرضى الفصام الذين من أعراض المرض لديهم فقدان القدرة على التجريد أو إدراك المعانى المجردة غير المحسوسة .

وبشكل أكثر تحديداً واتساقًا يمكن القول بأن خطوات تطبيق هذا المسار أو البرنامج الفرعى قد انتظمت على النحو التالى :

١ - أعطى المشارك المقتطف أولاً ، وطلب منه قراءته بالشكل الذى يمكنه من فهمه (حيث فضل البعض القراءة بصوت عال ، والبعض الآخر حبذا القراءة الصامتة) ، وقد استغرقت عملية القراءة (١٠ - ١٥ دقيقة) تخللها طلب العون من جانب أحد الأفراد فيما يتعلق بقراءة بعض الكلمات غير المألوفة المشتمل عليها النص مثل : آن سوليفان ، هارفارد ، ولاية ألباما ، وكذا طلب شرح أحد المواقف المشتمل عليها المقتطف مثل : «وتهجت على إصبعى فعل الأمر فكرى !» وقد تم شرح هذا الجزء بأسلوب مبسط وبالعامية دون التطرق لشرح التفكير كنشاط ذهنى .

٢ - بعد قراءة المشارك للجزء التقديمى ، ثم نص المقتطف ، ثم توجيه السؤال التالى للمشارك :

---

(١) يضم الملحق (٣/ ٢) استجابات المرضى لهذا الاستبيان المعد حول المقتطف من كتاب « قصة حياتى العجيبة » لهيلين كيلر .

فهمت إيه من اللى قريته ؟ (بهدف الاطمئنان إلى مستوى فهم المشارك ووعيه بما سوف يجيب عليه لاحقًا من تساؤلات فى الاستبيان) .

٣ - أعطى نص الاستبيان للمشارك ، ثم أشار إليه ببدء الإجابة عن التساؤلات الواردة به مع احتفاظه بالمقتطف ، حتى يمكنه الرجوع إليه عند الحاجة ، (وقد تراوحت مدة إجابة لكل فرد من الأفراد المشاركين عن الأسئلة ما بين ٢٠ - ٣٥ دقيقة تقريبًا) .

وبنظرة شاملة للمسارات أو البرامج الفرعية الثلاثة التى اشتمل عليها البرنامج المطبق ، نلاحظ أن ثمة تنوعًا إيجابياً قد تحقق على عدة أصعدة ترتبط جميعها بالعلاج بالقراءة ، نعرضها فيما يلى :

(أ) على صعيد نمط العلاج بالقراءة الذى تم تطبيقه :نجده تنوع بين « العلاج بالقراءة المؤسسى أو الإرشادى Institutional or Prescriptive Bibliotherapy » ، الذى يتضمن فى الأساس معلومات حقائقية Non Fiction تقدم للمريض المقيم فى المؤسسة العلاجية بأى طريقة من الطرق (فى الغالب مقروءة أو مستمع إليها ضمن المقابلة الكلينيكية) ؛ انطلاقًا من قناعة المعالج بقدرتها على المساعدة فى علاج المشكلات النفسية التى يعانى منها ، ثم مناقشة ما قرأه بعد ذلك ، ثم مطالبته بإنجاز بعض التكليفات . أى أن الهدف هنا هدف إرشادى تربوى ذو بعد معلوماتى ، يتمثل فى جعل المريض يستبصر بمرضه ويتأقلم مع المؤسسة والعلاج (المسار أو البرنامج الفرعى الأول)، و « العلاج بالقراءة الكلينيكى أو العيادى Clinical Bibliotherapy » ، الذى يقوم على استخدام أنماط الأدب البسيط Fiction فى العملية العلاجية مع التركيز قدر الإمكان على الروايات والشعر ؛ بهدف تحقيق فهم متعمق للمشكلة الذاتية ، عن طريق الاستبصار أو تعديل السلوك ، مع إمكانية أن تُقرأ هذه المواد القرائية من جانب المريض نفسه أو أن تُقرأ عليه بواسطة المعالج . على أن يعقب هذه القراءة مباشرة مجموعة من المناقشات حولها (المساران أو البرنامجان الفرعيان الثانى والثالث) .

(ب) **على صعيد أسلوب إجراء العلاج بالقراءة** : حيث طبق فى المسارين أو البرنامجين الفرعيين الأول والثالث « أسلوب العلاج الفردى One to One Base » الذى يتم فيه التركيز على فرد بعينه ، ودراسة حالته المرضية ، وطرح روشتة قرائية علاجية منتقاة تقدم له فى شكل جرعات مدروسة ومحسوبة ، ثم يناقش حولها ؛ بهدف اكتشاف الأثر التحويلى لها .

ويرجع السبب فى اختيار وتبنى هذا الأسلوب فى المسار أو البرنامج الفرعى الأول هو خصوصية الحالة المتعامل معها ، والطبيعة الخاصة للمشكلة التى تعانى منها ، أما تبنى استخدامه فى المسار أو البرنامج الفرعى الثالث ؛ فإنما يرجع إلى عمق وارتفاع مستوى المعالجة التى بنيت عليها المادة القرائية المقدمة ، ومن ثم حاجتها لمناقشة وحوار مفصلين تتخللهما إيضاحات مستفيضة لكل مريض على حدة فى ضوء قدراته الذاتية ومستواه الثقافى وخلفيته التعليمية ، حتى وإن تساوى فى المستوى التعليمى مع بقية أفراد العينة ، وفى كلا المسارين أو البرنامجين الفرعيين يضمن العلاج بالقراءة وفق هذا الأسلوب - رغم ما يتطلبه من وقت وجهد أكبر مقارنة بالأسلوب الجمعى - للفرد فرصة التعبير عن نفسه بحرية أكبر ، وبالتالى يمكن من رسم صورة أكثر شمولاً لحالته والمشكلة التى يعانى منها ومن ثم ملاءمة وخصوصية وفعالية الحلول المطروحة لها .

أما المسار أو البرنامج الفرعى الثانى فقد فرضت طبيعة المادة القرائية المستخدمة (أشعار) مناسبة وملاءمة « أسلوب العلاج الجمعى One to Manny (or Group) » الذى تقدم فيه جرعة قرائية علاجية لمجموعة من الأفراد الذين يعانون من مشكلات متشابهة أو قريبة من بعضها ، ثم يتم عقد جلسة نقاش حول هذه القراءات كل يدلى فيه بدلوه وتتبادل الآراء والأفكار ، ولما كان هذا الأسلوب يستوجب إجراءه بحضور الطبيب المعالج والأخصائى النفسى أو كلاهما معًا ، فقد حرص على الالتزام بذلك فى جميع الجلسات[1] ، لما يضمنه ذلك من التزام وانضباط الأفراد المشاركين ، وكذا المعرفة

(١) يتقدم صاحب هذا العمل بأسمى آيات الشكر على التعاون الصادق والنصح الدائم والمشاركة الفعالة التى قدمها بإخلاص وتفان أثناء مراحل تطبيق البرنامج وتحديدًا جلسات الشعر لكل من : الدكتور سيد رفاعى ، الأستاذة نادية حامد ، الدكتور أحمد الفار .

الوثيقة واللصيقة بطبيعة حالة كل مشارك ، وعادة ما يتسم هذا الأسلوب بالتركيز على تحقيق الاستبصار والإدراك من جانب المجموعة ، حيث يتيح إمكانية المشاركة وتبادل الحوار والخبرات فيما بين أعضاء المجموعة فضلاً عن ترسيخ الإحساس بعدم التفرد بالمعاناة من مشكلة معينة ومن ثم مواجهتها ، مما يعظم الإحساس بالانتماء نتيجة سيادة روح الجماعة ، وهو الشيء الذى يبعث إلى حد ما على الشعور بالأمان ودفء المشاعر والألفة .

(جـ) **على صعيد طبيعة ونوع المادة القرائية المقدمة** : هنا فقد حرص قدر الإمكان على تنويع المواد المستخدمة فى برنامج العلاج بالقراءة المقترح ليس بهدف المقارنة بين فعالية تأثير كل منها ، لكن لتأكيد تعدد المآتى التى يمكن أن ينهل منها كل من يفكر فى تصميم مثل هذا البرنامج ، سواء أكان منها العربى المصرى الأصيل (مثل : عدد من رباعيات الشاعر صلاح جاهين) ، والتى اعتمد عليها فى المسار أو البرنامج الفرعى الثانى من البرنامج ، أو المترجم بلغة رصينة وأسلوب بسيط وغير المغترب عن المجتمع العربى (مثل : مقتطف من كتاب « قصة حياتى العجيبة » لهيلين كيلر ؛ ترجمة محمد وهدان) والمستخدم فى المسار أو البرنامج الفرعى الثالث ، وأخيراً بعض المعلومات الحقائقية المنتقاة بحذر ومصوغة بأسلوب خاص تحت توجيه وإشراف الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوى المشرف المشارك على هذه الدراسة ؛ بهدف تحقيق قدر من استبصار المريض بمرضه كأولى خطواته على طريق التحسن فالشفاء ، وهو ما تم فى المسار أو البرنامج الفرعى الأول .

(د) **على صعيد أسلوب عرض وتقديم المواد القرائية** : حيث تنوع الأسلوب الذى عرضت به المادة القرائية من مسار أو برنامج فرعى لآخر ، فى ضوء الأصعدة أو المحكات الثلاثة السابقة : نمط العلاج بالقراءة (مؤسسى أو كلينيكى) ، أسلوب إجراء العلاج بالقراءة (فردى أو جمعى) ، طبيعة ونوع المادة القرائية المقدمة (معلومات حقائقية أو أشعار أو مقتطف من قصة) ، هذا فضلاً عن خصوصية الحالات المتضمنة فى العينة المطبق عليها البرنامج ؛ ففى حين اتبع أسلوب المقابلة الكلينيكية وقراءة المعلومات الحقائقية أداء تدريبات وتكليفات كتابية فى المسار أو البرنامج الفرعى الأول، اتبع

أسلوب القراءة بصوت عال ثم ، الإملاء ، ثم الترديد إلقاءً فردياً وجماعياً فى المسار أو البرنامج الفرعى الثانى ، وأخيراً اتبع أسلوبا القراءة الصامتة (بالعين) ، والقراءة بصوت مسموع (حسبما يريد المريض طالما يضمن له أى من الطريقتين الفهم والاستيعاب) فى المسار أو البرنامج الفرعى الثالث من البرنامح المطبق .

هذا وتجدر الإشارة إلى أنه قد حرص على تبنى طريقة « المجموعة الواحدة من المرضى » عند اختباره لتأثير كل مادة قرائية على المرضى وليس أسلوب المقارنة بين مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة ؛ نظراً لصعوبة توفير عينتين متطابقتين تمام التطابق من الأفراد ثم إخضاعهم جميعًا للتجريب على مدى فترة تطبيق البرنامج ، وهى مدة ليست بالقصيرة .

ويعضد هذا الرأى ما ذهب إليه الباحثون وليمز R. M. Williams ، وهيمسلى D. R. Hemsely ، ودينينج- دك C. Denning- Duke فى دراستهم حول سلوك اللغة عند مرضى الفصام الحاد والمزمن[1] والتى أقروا فيها صراحة وبأمانة علمية تستوجب الاحترام أنهم لم يستطيعوا التوصل إلى نتائج حاسمة فى دراستهم ؛ نظراً لعدم قدرتهم على ضبط متغير الإقامة فى المستشفى من خلال مجموعة ضابطة مناسبة ، ومن جانبه أكد الدكتور يحيى الرخاوى فى كتابه « مقدمة فى العلاج الجمعى » أن مسألة الاعتماد القوى على العينة الضابطة غير مفضلة من منطلق أن الإنسان كائن متغير بالضرورة ، متطور (أو متدهور) بطبيعته . . . وكثير من آباء التداوى بالعقاقير النفسية قد أعلنوا رفض إلحاح شركات الأدوية على الالتزام بأسلوب العينة الضابطة فى مجال الطب النفسى على وجه الخصوص ، فإذا كان الأمر كذلك فى مجال تقييم آثار العقاقير ، فهو أصدق فى مجال ملاحظة السلوك الإنسانى وتحديد قواه وتفسير جوانبه فى واقع الممارسة الكلينيكية ومن ضمنها العلاج النفسى[٢] .

(1) Williams, R. M. (1976) Language Behavior in Acute and Chronic Schizophrenia/ R. M. Williams, D. R. Hemsley, C. Denning- Duke. British Journal of Society of Clinical Psychology, no. 15, 1976, pp. 73-83.

(٢) يحيى الرخاوى (١٩٨٧) مقدمة فى العلاج الجماعى : عن البحث فى النفس والحياة . القاهرة : دار الغد للثقافة والنشر . ص ص ١١ ، ١٢ .

٣-٣-٥ - معالجة البيانات والتقييم :

تم رصد وتحليل محتوى استجابات كل مريض إزاء ما قدم إليه من جرعات قرائية على اختلاف المسار الذى شارك فيه ، من خلال إجابته عن الأسئلة أو الاستبيان المعد حول كل منها (حسبما يتطلبه كل مسار من المسارات الثلاثة) ؛ بهدف استخلاص أية دلائل أو معينات تنم عن وتبشر بوجود اتجاه ولو بسيط نحو التحسن ، مع تدعيم ذلك ببعض المصادر الأخرى المهمة والضرورية أيضًا لتقييم ما تم التوصل إليه من تحليل الاستبيانات ، مثل :

(أ) رأى كل من الطبيب المعالج والأخصائى النفسى المتابعين لكل مريض ، والذى عادة ما يسجل فى تقارير المتابعة الدورية والتى عادة ما تدعم بعدد من الاختبارات السيكومترية (القياسنفسية) الكمية التى تجرى بصفة روتينية دورية على المرضى بالمستشفى - من جانب أطباء وأخصائيين نفسيين ليسوا فقط أولئك المتابعين للمرضى المشاركين - لقياس مدى التحسن الذى يطرأ على حالاتهم ، وهى : اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية Minnesota Multiphasic Inventory of Personality- MMPI[1] ، واختبار بندر - جشطلت Bender- Gestalt

(١) هذا الاختبار بمثابة مقياس نفسى للشخصية يعتمد على التقرير الذاتى الذى يعطيه الفرد عن نفسه ، من خلال الإجابة عن عدد من العبارات يبلغ ٥٥٠ عبارة تغطى مدى واسع من الموضوعات ، تتناول الجوانب المختلفة فى الشخصية ، مثل : الصحة العامة ، والنواحى الصحية الخاصة بما فيها أجهزة الجسم المختلفة ، والعادات ، والعائلة والزواج والمهنة ، والتعليم ، والاتجاهات الجنسية ، والاجتماعية ، والدينية ، والسياسية ، والهلاوس والمخاوف المرضية ، وكذلك الحالات الانفعالية المختلفة بما فيها حالات الانقباض ، والوسواس القهرى ، والروح المعنوية ، كما يمكن من خلال إجابات المريض تحديد مدى ميله نحو اضطرابات نفسية بعينها مثل : الفصام (س ك) ، توهم المرض (هـ س) ، الهستيريا (هـ ى) ، البارانويا (ب أ) ، الذكورة والأنوثة (م ف) ، الاكتئاب (د) ، الانطواء الاجتماعى (س ى) ، والانحراف السيكوباثى (ب د) ، حيث يتم تمثيل درجة كل اضطراب من هذه الاضطرابات عند المريض على خط بيانى يعبر عن طبيعة شخصيته . [الاضطرابات الثلاثة الأخيرة هذه : (د)، (س ى)، (ب د) انخفضت درجاتهم بشكل واضح لدى الحالة التى تناولها المسار الأول من البرنامج] .
المصدر :
- فرج عبد القادر طه (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى . مرجع سابق . ص ص ٥٣ ، ٥٤ .

test[1] لتقييم صورة الذات ووظائفها ، بالإضافة إلى تسجيل بعض الملحوظات ذات الدلالة عن السلوك الاجتماعى الصحى للمريض ، ومدى استجابته للأنشطة وأنماط العلاج الأخرى بالمستشفى .

(ب) الملحوظات الشخصية الخاصة بالقائم بعملية التطبيق عن كل مريض على حدة ، ومجموعة المرضى الذين شملتهم التجربة ككل ، والتى كان من أبسطها تلك الحميمية والحرص على المشاركة فى جلسات الشعر .

(جـ) توجيهات الدكتور يحيى الرخاوى وتقييمه لتطور كل حالة .

(د) التقرير الذاتى الذى يبديه كل مريض ، والذى يؤكد به ما طرأ عليه من تغير أو تحسن .

وبشكل مبدئى اتفقت الغالبية العظمى من المصادر السابقة الإشارة إليها ، على أن ثمة تحسنًا قد طرأ على معظم الأفراد الذين شملهم البحث بأجزائه الثلاثة ، وعلى الرغم من تفاوت كم وكيف هذا التحسن من حالة لأخرى ، إلا أنه قد اتخذ لدى غالبية المشاركين اتجاهًا إيجابياً ، وهو ما ستتم مناقشته تفصيلياً فى الفصل التالى والأخير من هذه الدراسة ؛ الخاص بعرض النتائج ومناقشتها .

(١) يعد هذا الاختبار دليلاً للاضطرابات النفسية ، حيث يتكون من تسعة رسوم ، يطلب من المفحوص تقليدها ، وتحلل الأخطاء المساحية ، وبناء عليه يمكن قياس كل من : مدى اختبار الواقع Reality Testing ، الإحساس بالواقع Sense of Reality ، التنظيم Regulation ، العلاقة بالموضوع Object Relation ، ميكانيزمات الدفاع Defense Mechanisms .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p. 95.

الفصـــل الرابع

نتائج التطبيق ومناقشتها



نتائج التطبيق ومناقشتها

٤-٠ - تمهيد :

يتضمن هذا الفصل الرابع والأخير ، النتائج التى تمخض عنها التطبيق العملى ، مع مناقشة لكل نتيجة ، وتفسيرها ، وتأويلها فى ضوء العوامل والمتغيرات المختلفة المحيطة بعملية التطبيق ، وكذلك ما ورد فى أدبيات الموضوع ، وآراء المتخصصين ، والرؤية الخاصة بصاحب هذا العمل من واقع المعايشة الفعلية ، كما اشتمل هذا الفصل أيضًا على سرد لبعض الملحوظات المهمة والمؤثرة فى تطبيق البرنامج ، ومن ثم يمكن تدوينها على هامش ما يمكن أن يعد على غراره من برامج أخرى للعلاج بالقراءة ، وأخيراً بعض التوصيات العامة المرتبطة بموضوع الدراسة .

٤-١ - عرض النتائج ومناقشتها :

فيما يلى استعراض للنتائج التى انتهى إليها كل جزء من الأجزاء الثلاثة للبرنامج المقترح ، مع مناقشتها ، وبيان التفسيرات المطروحة لكل منها فى ضوء البحوث والدراسات والنظريات المختلفة ، فضلاً عن الرؤية الخاصة مع ملاحظة أنه قد تم الإشارة لكل مشارك من المرضى برقم كودى : م١ ، م٢ ، م٣ .. إلخ .

أولاً : بالنسبة للمسار أو البرنامج الفرعى الأول :

بداية ينبغى الإشارة إلى أن هذا المسار من البرنامج هو أقرب المسارات الثلاثة لمفهوم العلاج المعرفى بمعناه الأشمل ؛ المعتمد على التثبيت المباشر والصريح والمتكرر لمعان مقصودة داخل البنية المعرفية للفرد المستهدف ، وقد تم تحليل محتوى الأسئلة القبلية مقارنة بالأسئلة البعدية ، ونص القصة القصيرة على النحو التالى :

(أ) تحليل نص إجابات المريض عن الأسئلة القبلية مقارنة بإجاباته عن الأسئلة البعدية، باستخدام أسلوب تحليل المحتوى :

(ملحوظة مبدئية : كما أشير فى الفصل السابق فقد روعى ألا تأتى الأسئلة البعدية هى ذاتها الأسئلة القبلية ، وهذا مقصود لذاته حتى لو أدى إلى تغير فى الاستجابة ؛ نظراً لأن السؤال عادة ما يصاغ من واقع فرض التغيير النابع من متابعة الحالة ؛ بهدف إظهار الاستجابة النوعية بشكل نوعى يدعم العلاج ، وليس بغرض التقدير الكمى للاستجابة فحسب) . وفيما يلى عناصر تحليل المحتوى :

أولاً : على مستوى وحدة الكلمة :

كانت هناك بعض الكلمات ومشتقاتها ، التى تفاوت عدد مرات تكرارها بين الإجابتين وهو ما يعد ذا دلالة على تغير حدة سيطرتها على فكر وعقل المريض ، وبالتبعية مدى وعيه بمدلولاتها بالنسبة لما يعانى منه ، ومن أمثلتها ما يلى :

(أ) كلمة « الجنس » : ورد ذكرها فى إجابات الأسئلة القبلية الاستكشافية « سبع عشرة مرة » مقابل « عشر مرات » فى الأسئلة البعدية ، مما يدل على انخفاض حدة سيطرة مفهوم الجنس على ذهن المريض بعد التدريبات المعرفية والتصحيح .

(ب) كلمة « الوساوس » : ورد ذكرها فى كل من إجابات الأسئلة القبلية الاستكشافية والبعدية بالعدد نفسه « أربع مرات » ؛ ولعل ذلك موده إلى أنه لم يطلب من المريض ضمن التدريبات التخلص من هذه الوساوس وإزاحتها ، بل تم قبولها ، مع حث المريض على مصاحبتها والتعايش معها ، وهو ما سيأتى شرحه تفصيلياً فى الجزء الخاص بتحليل المحتوى على مستوى وحدة « الموضوع أو الفكرة » .

(جـ) كلمة « العادة السرية » : مثلها مثل « الوساوس » ورد ذكرها فى كل من إجابات الأسئلة القبلية الاستكشافية والبعدية بالعدد نفسه « أربع مرات » ؛ لأنه لم تتم مطالبة المريض بالكف قسراً عنها .

ثانياً : على مستوى وحدة الموضوع أو الفكرة :

كانت هناك بعض الموضوعات أو الأفكار والمعتقدات المرضية الخاطئة وغيز السوية التى كانت تسيطر على ذهن المريض ، وسعى من خلال التدريبات والعلاج إلى محاولة تصحيحها ، ثم اختبار ذلك من خلال الأسئلة البعدية ، ومن أمثلة تلك الأفكار أو الموضوعات ما يلى :

(أ) « علاقة الرجل بالمرأة » : كما أشير سابقًا فى التعقيبات على إجابات الأسئلة البعدية التى دارت حول هذا الموضوع ، حيث لم يقصر المريض العلاقة بين الرجل والمرأة على الجنس فقط ، كما أنه لم يبررها بالتناسل (حفظ النوع) فقط ، وإنما نجده قد أضاف احتمال الصداقة يصاحبه جانب أخلاقى رفيع هو (التضحية) ، وعليه فإننا نلاحظ أنه بعدما اختزلت هذه العلاقة لدى المريض واقتصرت على الجانب الجنسى فقط فى إجابته الأولى ، نجده بعد توضيح وتصحيح المفاهيم والمعتقدات والأفكار الخاصة به اكتسبت هذه العلاقة بعداً جديداً ومعنى آخر أكثر اتساعًا ، عبر هو نفسه عنها فى الإجابة البعدية بتلقائية وبساطة شديدتين ، حيث قال : « يجب أن تكون العلاقة ليست همها الأول هو الجنس ، ولكن لابد أن تكون يوجد صداقة ومودة بين الزوجين ، ويمكن أن يوجد صداقة بين الرجل والمرأة بدون جنس » .

(ب) « مفهوم الجنس » : تطور واتسع مفهوم الجنس لدى المريض ، فبعدما كان ينظر إليه فى الإجابة القبلية على أنه وسيلة متعة فقط ، نجد الأمر امتد عنده ولم يقف عند نقطة الحلال والحرام فقط ، بل إنه أضفى صفات ذات دلالة ومغزى عليه مثل : «الجمال» بعدما كان مقترن فيما سبق بالإثم فقط ، كذلك صبغ العلاقة الجنسية بين الرجل والمرأة بطابع الاحترام وضرورة تقوى الله أثناءها ، وإن لم يقصى من مفهوم الجنس لدى المريض دوره فى حفظ النوع .

(جـ) « العادة السرية » : فى حالة مريضنا نجد أن أفكار حول موضوع العادة السرية لم يحدث بها تغيير نوعى كبير ، يؤكد ذلك الاختلاف اللفظى فقط الذى يميز إجابات الأسئلة البعدية عن الأسئلة القبلية ، وإن كان ثمة تغير نوعى على صعيد الشعور بالذنب حيث أقر المريض بمسئوليته عن فعله طالما ما يحدث هذا لفعل جزء من جسده .

(د) « العلاقة بالأم » : تعتبر هذه العلاقة غير السوية هى المنطلق الأساسى للاهتمام بحالة هذا المريض والحرص على بذل أقصى مجهود لرأب التصدع الذى يشوبها ، وإصلاح ما هى عليه من اعوجاج سافر ، وشذوذ غير مقبول .

وفى هذا الصدد جدير بالذكر أن الظروف المعيشية وضيق المسكن من العوامل المساعدة على حدوث الانحراف الجنسى نحو المحارم[1] حيث يضطر إلى التشارك غير السليم فى أماكن النوم ، الأخ مع أخته أو الولد مع أمه ؛ تلك الأم التى قد تغالى - دون وعى - فى تدليلها له ومداعبته غير عابئة بأنه قد بلغ وشب عن الطوق ، فنجدها تتجاوز فى علاقتها بابنها الخط الأحمر فتفرط فى غمره بالقبلات والأحضان ، والتزامه النوم معها فى سريرها ، مما يوقظ فيه كوامن الجنس ، ويعجل بانتباهه إليها ، مما يجعله يعانى من صراعات جمة وتتجاذبه ولو حتى لاشعورياً أفكار متضاربة بين الالتزام الدينى وما تفرضه على القيم والأعراف وبين الهجمات الشرسة التى تفترسه فيها فى كل مرة الرغبات الجنسية الباحثة عما يشفى غليلها ويشبعها ، وهو الأمر الذى يحيد به عن أن تكون له حياته العاطفية أو الجنسية السوية .

وفى حالة مريضنا صاحب الحالة ، نلحظ أنه يوجد كثير مما سبقت الإشارة إليه توا ، فمن واقع تقرير متابعة حالته جاء على لسان والدته : « أنا مش عارفة الاهتمام بتاعى قلب العكس مع (. . . المريض) ولا إيه ؟ . . . فى سنة تالتة ثانوى اللى ما دخلش فيها الامتحان كان يقعد يعيط وينام ، وبعد كده بدأ ياكل كتير وتخن قوى ، ويقول لى إنت قلت كذا عشان أعيد له الكلام ، ويقول ليا هو أنا خبطتك ؟ ، ويقولى أنا عايز أطمئن تعالى نامى جنبى ويبوس راسى ، ويبوس خدى ، ولو شخط فيه يزعق ويلوح دراعى وحاجات كده ، . . . وفى الفترة الأخيرة زادت الحاجات العدوانية وكان حيخنقنى » .

---

(١) تشير الإحصاءات إلى أن نسبة الانحراف الجنسى المتعلق بالمحارم تصل إلى ٦٪ من مجموع الانحرافات الجنسية ككل .

المصدر :

- عبد المنعم الحفنى (١٩٩٢) الموسوعة النفسية الجنسية . القاهرة : مكتبة مدبولى ، ١٩٩٢ . ص١٧٢ .

كذلك جاء فى التقرير نفسه على لسان المريض حول هذه النقطة ما نصه : « كنت ساعات أخليها تنام جنبى وأمسك إيدها ، أو أخبطها غصب عنى فألاقى حاجات تقولى قصدك قلة أدب . . . فكنت أسألها أنا خبطك ؟؟ » .

هذا وتجدر الإشارة إلى أنه عادة ما تخامر فكر المراهق تصورات وخيالات شبقة حسية ، موضوعها أحد الأبوين بحسب جنس الطفل ، فالبنت تحلم بأبيها والولد تدور خيالاته الجنسية حول أمه ، ويلقى به إحجامه وخوفه من أن تبرز هذه الخيالات على السطح وتترجم إلى سلوكيات ظاهرة لمن حوله فى بئر سحيقة من مشاعر الذنب والقلق (والندم فى حالة ما إذا أفلت لاإرادياً بعض من هذا السلوك) وعذابات لا يقوى الشخص على تحملها ، فيحاول أن يغير سلوكه ، ويظن أن ممارسة العادة السرية ستكون متنفسه الأقل خطورة مما تنذره هذه الخيالات بوقوعه ، فيفاجأ بأن صورة الأم التى يتحاشاها صارت هى الموضوع الذى يأتيه عند الممارسة ، فتتفاقم الصراعات وتتصاعد فيحاول أن يصرف ذهنه قسراً ، ويعقد العزم على كبت هذه الرغبة ومحو هذه الخيالات والتوقف عن ممارسة العادة السرية ، ثم ما يلبث أن يخر صريعًا أمام الضغط النفسى والجوع العاطفى ، وصعوبة التحول عن الموضوع ، ليعاود الكرة من جديد فى سلسلة متوالية التكرار من الوعد والحنث بالوعد ، وبين هذا وذاك شلال هادر من الصراعات الطاحنة المتخذة من فكره ونفسه ساحة للنزال .

وفى هذا الصدد يذكر الدكتور يحيى الرخاوى فى كتاب السيكوباثولوجى[1] أن الطفل يستقبل أمه فى صورتين : إحداهما - وهى الأهم - الصورة الظاهرة الحسنة صورة الأم الحانية المرضعة المضحية ، أما الصورة الثانية فهى صورة لاشعورية بشعة وهى التى تظهر فى الأدب الشعبى بشكل متواتر فيما تسمى « أمنا الغولة » ؛ وتأتى البشاعة والتهديد من مصدرين هما :

الأول :الشعور بأن الأم هى مصدر التهديد بالترك ، وإذ هى المصدر الأساسى أو الأوحد حسب تصور الطفل - للحياة (اللبن والحماية) فإن تهديدها له بالترك يعنى قتله لا محالة .

(١) يحيى الرخاوى (١٩٧٩) دراسة فى علم السيكوباثولوجى : شرح سر اللعبة . مرجع سابق . ص ص ١٠٠ - ١٠٣ .

أما الثانى : فهو التهديد بإعادة الاحتواء (الالتهام) ، حيث تمثل عملية الولادة صدمة لكل من الأم والطفل على حد سواء ، فالأم ترغب فى استعادة طفلها مرة أخرى إلى رحمها بالاحتواء ومع صعوبة ذلك ، حيث يكون انفصال الطفل الجسدى عن جسدها بمثابة تهديد لاختلال التوازن ، ونراها تصاب بما يعرف بـ « ذهان النفاس » ، ومن جانبه نجد الطفل يشعر برغبة الأم فى استعادته فى رحمها - بالاحتواء - فيقاوم ذلك ، رغم أنه يحن إليه فى أعماقه .

وتأسيسًا على ما سبق يفسر الدكتور يحيى الرخاوى المنحى الأوديبى بين الولد وأمه ، مستبعدًا الرغبة فى مضاجعة الأم ، ويلمح أن الفكرة تكمن فى الرغبة الأساسية من جانب الابن عند مواجهته لضغوط الواقع التى تفوق الاحتمال وتعوق التطور المتمثلة فى العودة إلى أمان الرحم ، وهو الأمر الذى ترمز إليه العملية الجنسية .

وبافتراض أن الانحراف الجنسى هو انحراف للدافع الغريزى الجنسى إما عن الهدف الذى يسعى إليه الدافع ويهدف إليه والمتمثل فى فك أسر التوتر الجنسى والانطفاء الوقتى للدفعة الغريزية الجنسية ، أو عن الموضوع الذى يصدر عنه الجذب الجنسى (كما هو الحال مع مريضنا) ، وفى كل الأحوال يدل هذا الانحراف الجنسى على أن هناك تغيراً قد طرأ على النمو السوى من حيث الهدف واختيار الموضوع ، مما يعتبر نكوصًا للمراحل قبل التناسلية حيث الأصول الأولى للدوافع الغريزية ، والمرضى النفسيون عندما يفشلون فى كبت هذه النزعات الغريزية يؤدى ذلك إلى ظهور الأعراض والدفاعات المختلفة : كالوسواس القهرى الذى يعانى منه بشدة المريض محور الاهتمام .

هذا وقد بدا من التصريح المباشر من جانب المريض فى إجاباته على الأسئلة البعدية حول هذه العلاقة سعيه الحثيث ومحاولته الصادقة التحكم فى التوجه المرضى الشاذ نحو الأم ، بدلاً من الاستكانة إلى مبرر حدوث ذلك التوجه بشكل قسرى ، مما يعنى تحقق قدر من الوضوح المعرفى Cognitive Clearness[1] لدى المريض بعدما توافر لديه

(١) « المعرفة Cognition » هى العملية العقلية التى يصبح الفرد بمقتضاها واعيًا ببيئته الداخلية والخارجية ، وعلى اتصال مستمر بها ، وعمليات المعرفة هى : الإحساس أو الإدراك ، والانتباه، والتذكر ، والربط ، والحكم ، والتفكير ، والوعى .
المصدر :
- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p. 143.

قدر من الاستبصار بمشكلته وطبيعتها ، ساعده على تحسين التعامل مع نوازعه واحتياجاته والاضطرابات التى يعانى منها ، كما أتيح له رصيد ولو محدود من الوعى والقبول السوى الذى أدى بدوره إلى قدر من التنظيم المعرفى المتوازن المفضى إلى التوافق مع المجتمع المحيط .

(هـ) « حقيقة الوساوس » : استكمالاً لما سبقت الإشارة إليه عن الوساوس عند تحليل مضمون الاختلاف بين ما جاء فى الإجابات القبلية والبعدية على مستوى وحدة «الكلمة» ، يمكن القول بأنه قد حدث اختلاف ملحوظ على مستوى إدراك المريض للوساوس وتعامله معها قبل وبعد التدريبات التى كلف بها ، فبعدما كان جل تركيزه منصبًا على بذل الجهد لمقاومتها ؛ بهدف التغلب عليها ومحوها ، تم تحويل توجهه إلى تقبلها والتعايش معها لدرجة مصاحبتها ، وهى من تلقاء نفسها سوف تتلاشى ، [سوف أصاحب الوساوس إذا لم أنجح فى مقاومتها ، وهى ستذهب من نفسها لما أهملها] .

وقد تم ذلك تكنيكياً بأننا أعلنا موافقتنا الصريحة وتصديقنا المريض فيما يذكره من حقيقة الأصوات التى يسمعها ، ثم اتفقنا معه على تركها هى وغيرها من الأعراض جانبًا ، وطلبنا منه كتابة مجموعة من الجمل أو العبارات التى من شأنها تعميق بعض المفاهيم السليمة فى وعيه المعرفى ، على الرغم من تسليمنا معه فى بعض الأحيان باحتمال عدم جدواها (من وجهة نظره) ، وشيئًا فشيئًا ومع مزيد من التكرار والترديد يتدعم فحوى ودلالة تأثير هذه الجمل ، وتدخل فى نسيج شخصيته ، ويحدث التبصر بها من جانبه ، سواء كان ذلك بوعى منه أم بغير وعى ، وهذا التكرار المقصود والمتعمد هو ما يعرف ضمن العلاج السلوكى بـ « إشباع / أو اتخام التفكير Thought Satiation » ويعنى أنه عندما يتحدث المريض ويكرر بصوت عال ما يجول بذهنه من أفكار ، ويظل يعيدها ويكررها بشكل متواصل لمدة طويلة ، فإن هذاً من شأنه أن يخف من حدتها ومع الوقت يؤدى إلى أن تفقد إلحاحها عليه[1] .

أى أننا قد قمنا بتشجيع المريض على أن يكذب شعورياً ، بافتراض أن هذا الكذب هو الصدق الذى استشرفناه من دراسة الحالة فى عمق آخر (وهو ما يسمى اللاشعور عادة وإن كان من الأفضل أن نطلق عليه « الوعى الأعمق » أو « الوعى الآخر ») ،

(١) سيد الريس (٢٠٠٢) الوسواس له علاج . القاهرة : دار أخبار اليوم ، ٢٠٠٢ . ص ١٠٥ .

وبمرور الوقت ومع التعود ، أصبح هذا الكذب ويغير عمد ليس كذبًا ، وإنما أصبح جزءًا من الحيل الدفاعية التى ينتهجها المريض للتحايل على المرض والتعايش معه ؛ خاصة وأنه لن يظل يكذب طويلاً لأن الهلاوس نفسها سرعان ما اختفت .

وفى هذا الصدد تحضر الباحث هنا مقولة كان يرددها الدكتور يحيى الرخاوى أثناء إعداد البرنامج وخاصة الجزء الأول منه ، هذه المقولة هى « جعل المريض يقوم بتصديق اللى ما يتصدقش » بمعنى أن نتقبل ما يراه أو يسمعه أو يعتقده المريض من هلاوس وضلالات من حيث المبدأ ، ثم نضع كل ذلك جانبًا (بين قوسين) ، وفى الوقت ذاته نقدم له البديل المحتمل الذى يمكن أن يحل محلها ، وبالتكرار ، محل الذى كان يحسبه كذبًا باعتباره الأولى بالتصديق ، كما يتوارى ما كان يخالط الشعور من معتقدات نتيجة «عدم الاستعمال Disuse Atrophy» ، ثم نتفق معه على ترك كل ذلك جانبًا ، ثم كتابة مجموعة من الجمل أو العبارات التى من شأنها تعميق بعض المفاهيم السليمة فى وعيه المعرفى على الرغم من تسليمنا معه باحتمال عدم صحتها أو جدواها .

وقد حدث ذلك بالفعل وذكره المريض صراحة فى المقابلة الكلينيكية التقييمية له من جانب الدكتور يحيى الرخاوى بتاريخ (١١/ ١٢/ ٢٠٠١) من اختفاء الهلاوس السمعية التى كان يعانى منها بعد التزامه بما تعلمه وتدرب عليه فى إطار البرنامج القرائى ، ومواظبته على التعامل معها بطريقة المصاحبة بدلاً من المقاومة التى ثبت أنها تجعلها تتفاقم(١) .

---

(١) يتماثل هذا التكنيك تمامًا مع ما حدث للبروفسير « جون تاش » الذى كان يعنى من الفصام وكتب سيرته الذاتية فى الكتاب الذى بعنوان « عقل جميل A Beautiful Mind » والذى تحول مؤخرًا إلى فيلم سينمائى بالاسم نفسه ، حصد أربعًا من جوائز الأوسكار لعام ٢٠٠٢ ، فعندما تعايش مع هلاوسه البصرية المتمثلة فى رفيق غرفته بالجامعة ، وابنته الصغيرة ، وعميل المخابرات الذى يلاحقه ، استطاع أن يستكمل مسيرة حياته وعمله وينجح حتى أنه حصل على جائزة نوبل فى الرياضيات ، بل إن الجملة التى اختتم بها الفيلم لخصت الأمر كله ؛ حيث صرح لزوجته عندما سألته إلى ما ينظر ؟ بأنه ينظر إلى « اللا شىء » رغم أنه كان يرى هؤلاء الأشخاص الثلاثة رؤية حقيقية ، لكنه تبصر بحقيقة أن عليه أن يتعامل معهم على أنهم لا شىء ، لكنه نوع خاص جداً من اللاشىء أنه ذلك « اللا شىء الموجود » . وهو ما يعنى أن هلاوس وضلالات مريض الفصام ليست خيالاً مؤلفًا بقدر ما هى واقع داخلى يعيشه المريض ، ومن ثم ينبغى على المحيطين به احترام هذا الواقع وقبوله ، لكن دون التمادى إلى درجة تثبيته وجعله غائرًا فى وعى المريض .

ويرتبط ما سبق من قبول المريض وما يعانيه من هلاوس أو حتى ضلالات بمفهوم «السماح بالمرض» الذى يساعد - إلى حد كبير - على تعايش المريض مع مرضه بأعراضه المختلفة ، ثم احتوائها وشيئًا فشيئًا تولى مقاليد الأمور وتحول المرض إلى ما يشبه القرار ، ومن ثم يكون إرجاؤه أيضًا قراراً ، وليس من المستبعد مع مزيد من التواؤم والمصالحة مع الذات أن يصبح الشفاء أيضًا قراراً ، وفى هذا السياق يمكن التذكير بما سبقت الإشارة إليه عند التعقيب على أحد أجزاء الحوار المتضمن فى المقابلة الإكلينيكية وهو أن معظم المرض النفسى - دون استثناء الفصام - هو « قرار » وليس فقط « رد فعل » Not only a reaction but an Action .

ثالثًا : على مستوى وحدة التعبير :

يمكن تحليل مضمون إجابات المريض القبلية والبعدية فيما يتعلق بوحدة التعبير من منظور الثلاثة جوانب التالية :

(أ) **شدة التعبير** : ففى حين غلبت نبرة الانكسار والندم تحت وطأة الإحساس بالذنب ، على الجمل التعبيرية الواردة فى الإجابة القبلية ، حيث نجد على سبيل المثال : ميوعة الهدف المسعى لتحقيقه بل عدم وضوح أى هدف من الأساس فى عبارة « يعملوا الليهم عايزينه » ، وتكرار صفة « جميلة » على أى شىء دون محاولة للتنويع حسب طبيعة الموصوف ، ارتفعت حدة الجمل التعبيرية فى الإجابة البعدية وبدت قوية فى بعض الإجابات ومغلفة بطابع إيجابى تحفزى يعكس توجهًا نحو تجاوز المعاناة والإحساس ببعض الثقة فى النفس والعزم على المضى قدمًا على طريق الشفاء ، ويدلل على ذلك جمل مثل : الشرطية فى جملة « لذيذة ولها شروط معينة لكى تكون حلالاً » ، والوعى بمدلول الكلمات فى جملة « لأنهم من أسمهم هم محارم » ، الإتيان بأمثلة بغية التوضيح فى جملة » . . . فمثلاً اليد جزء من الجسد ، فأنا بتحكم فيها فى مسك الأشياء أو أن أضرب أى إنسان .

(ب) **شكل التعبير** : فبينما كانت الجمل فى الإجابة القبلية معظمها يدور فى فلك الدفاع عن النفس وتبرير الخطأ مشوب بعبارات تقف عند حد الأمنيات والتعويل فقط على الدواء ، اشتمل فى غالبية الجمل الواردة فى الإجابة البعدية بعداً إيجابياً جديداً يعكس تحملاً لمسئولية الخطأ واتخاذ خطوات فعلية نابعة من الذات للتغلب عليه ، يدلل على ذلك جمل مثل : « كان شىء يلح على . . أتحكم فيه » ، وكذلك « نعم بأن أصاحبها ، لأنى لو قاومتها ممكن لا تعمل نتيجة إيجابية » .

(جـ) **لغة التعبير** : اللغة وخاصة الأخطاء الإملائية واضحة بشكل عام فى كتابة المريض ، مما يعكس ضعفًا لغويًا فى الأساس لديه ، لا يرتبط بالمرض وإن كان قد تزايد معه نتيجة التوقف الدراسى ، ولم يكن الارتقاء بالأداء اللغوى هدفًا جانبيًا وضع فى الاعتبار تحقيقه عند صياغة التدريبات المعرفية ، ومع ذلك فبنظرة بسيطة مقارنة بين الإجابة القبلية بشكل عام ، والإجابة البعدية ، فسنجد انخفاض نسبة الأخطاء الإملائية فى الثانية عنها فى الأولى إضافة إلى ندرة عمليات الشطب دليل انخفاض مستوى التردد وتطاير الأفكار ، أخيرًا انخفاض التكرار غير المبرر للكلمات نفسها بل وأحيانًا عبارات كاملة فى السطر نفسه فى بعض الإجابات مثل : « الجنس ربنه خلقه فينا تعنى أن الجنس بالطبع ربنه خلق الجنس فينا بدون الجنس . . . » وهو فى الأغلب بفعل الوسوسة وقد انخفض مع انخفاض حدة هذه الوسوسة عند كتابة الإجابات البعدية .

(ب) تحليل نص القصة القصيرة التى كتبها المريض واصفًا فيها حالة شخص يعانى من نفس ما يعنيه ، باستخدام أسلوب تحليل المحتوى :

أولاً : من حيث العنوان :

تمكن المريض من صياغة أربعة عناوين للقصة تعبر بشكل واضح عن مضمونها ، مما يعكس توفر قدر من الطلاقة[1] لديه ، كما اتسم أحد هذه العناوين بالإبداع[2] وهو «قاهر اللاإرادية» .

---

(١) « الطلاقة اللفظية Word Fluency » هى قدرة الفرد على الإتيان بأكبر عدد ممكن من الكلمات إذا قدمنا له مثيرًا معينًا وطلبنا منه أن يكون أكبر عدد ممكن من الكلمات يمكن تكوينها من تقديم وتأخير عدد محدود من الحروف ، أو ذكر أكبر عدد من الألفاظ التى تبدأ أو تنتهى بحروف معينة يمكن ألا يقتصر قياس هذه القدرة على الكم فقط ، بل قد يمتد أيضًا إلى الكيف أى مدى دقة ودلالة الألفاظ المذكورة .

المصدر :

- فرج عبد القادر طه (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى . مرجع سابق . ص ٤٥٦ .

(٢) « الإبداع Creativity » هو القدرة على الوصول إلى حلول جديدة لكنها صادقة ، أو القدرة على خلق منتجات خيالية مقنعة وذات معنى . . . وبعض الفصاميين والاكتئابيين لديهم قدرة على التوصل لحلول مبتكرة لمشاكلهم المرضية ، والبعض الآخر لا قدرة له » .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p. 180.

ثانيًا : من حيث الشكل العام :

استطاع المريض أن يكتب القصة بخط مقروء إلى حد ما ، ويصوغها فى شكل تتوفر فيه عناصر القصة القصيرة من حيث : المقدمة ، ومنظور القص أو العقدة أو المشكلة أو الحدث ، الشخوص المختلفة ، طريقة السرد ، النهاية أو الحل ، وإن جاءت مشتملة على كثير من الشطب ، والأخطاء الإملائية ، والكلمات العامية مثل : «الخنائة» بقصد « الخناقة » « الحموم » ، يقصد « الاستحمام » ، « اللبرة » يقصد «اللى بره» .

ثالثًا : من حيث المضمون :

(أ) على الرغم من بدء المريض قصته بأسلوب السرد الروائى « كان يوجد شخص مسلم . . . » إلا أنه لم يستطع أن يحافظ على ذلك الأسلوب طويلاً حيث توحد فى كثير من الأجزاء التالية من القصة مع الشخص الذى يحكى عنه لنجده يتحدث بضمير «الأنا» محققًا ذلك بنقلة حوارية أدبية لافتة « وعلى لسانه نجده يروى لنا . . . » كما لو كان فى احتياج شديد إلى التعبير عن مشكلته بلسانه هو ، ثم عاد بعد ذلك وتذكر أنه يكتب قصة شخص آخر فنجده يذكر : « . . . وهذا ما رواه عن مرضه وأدى إلى دخوله المستشفى . . . » لكنه لم يستطع الاستمرار كثيراً حيث عاد مرة أخرى وتحدث بلسانه هو قائلاً : « أما فى هذه المستشفى فكان دكتور كبير دخلنى المستشفى ومسكنى دكتور أصغر منه . . . » .

(ب) تمكن المريض من تقديم عرض تسلسلى زمنى لحياة بطل القصة مستعينًا تاريخيّاً بالمراحل الدراسية « ٣ إعدادى » كبداية من وجهة نظره للمرض ، ثم « أولى ثانوى » كبداية إدراكه للوساوس ، ثم « ٢ ث » يقصد الصف الثانى الثانوى لتفاقم حدة الوساوس ، كما استعان فى التعبير عن تتابع الأحداث والتصاعد الدرامى للمشكلة بعبارة أدبية إلى حد ما حرص على تكرارها للانتقال زمنياً من فترة أو مرحلة إلى أخرى وهى « . . فسارت حياته » . . مرة و « . . . ثم تحركت حياته . . . » فى أخرى .

(جـ) كتب المريض القصة بخليط من العربية الفصحى البسيطة ، والعامية الشائعة ، وتجنب تقديم أى حوار بين بطل القصة وأى من الشخوص الأخرى المحيطين

به ، وعلى رأسهم الأم ربما هروبًا من معاودة تذكر ما حدث وتجنبًا للإحساس بالذنب والندم ، ومن ثم فضل أن يأتى بالأحداث مرواة .

(د) صيغت القصة فى شكل سرد صرف للواقع زمانًا (المراحل الزمنية التى مر بها الطبل) ، ومكانًا (الحمام ، المستشفى بأجزائها المختلفة ، الملعب ، المقيل ، الجروب ، « العلاج الجمعى ») وجاءت خالية من الصور البلاغية المجازية اللهم إلا وصف المريض السنة التى اشتد عليه المرض فيها مما استوجب دخوله المستشفى « بالقنبلة » ليجسم حجم المعاناة والخسائر التى اشتملت عليها ، ويرجع ذلك فى رأى الباحث إلى أن مثل هذه الصور البلاغية على اختلافها عادة ما تتطلب درجة عالية من قدرة على التجريد حتى من جانب الأسوياء .

(هـ) يلاحظ وجود وحدة عضوية بين أجزاء القصة هو ما يعكس تحسن مستوى قدرة المريض الترابطية Coherent وترتيب الأفكار وتعقيبها فى اتجاه هدف محدد وواضح .

(و) اختتم المريض قصته بنهاية مغلقة طرح فيها الحلول التى رآها ملائمة للمشكلة وكشف فى هذه النهاية كل ما وصله من العلاجات المختلفة حيث ذكر : « . . . فكان يوجد فى المستشفى كورسات علاج أولاً بالأدوية ، ثم بالمذاكرة ، ثم بالمقيل ، ثم بالشعر ، ثم بالموسيقى ، ثم بالملعب ، ثم بالجروب ، ثم أعطانى دكتور آخر أشياء أكتبها وكررها وهى أشياء جميلة ؛ لأن هذه الأشياء جعلت ذاكرتى ترجع مرة أخرى وقوة حفظى ترجع مرة أخرى ، وفهمت حجات معينة كنت أفهمها عن الجنس ، عن البدائية ، عن الطهارة ، عن الشهوة الجنسية ، ومع وجود إرادة لهذا الشخص ، وعمل وأطاع كل هذه الكورسات وذاكر ومع الدواء والتدريبات الكتابية وسمعان الكلام فقد شفى بعون الله . تمت بحمد الله » .

وإجمالاً يمكن إيجاز الملاحظات العامة على القصة فى الأربعة التالية :

١ - تذبذب الطلاقة مع العيانية .
٢ - ضحالة الخيال عمومًا .

٣ - الحلول السطحية .

٤ - الذاتوية ، تلك التى تشتم فى سرد المريض معظم الوقت بضمير الأنا .

أخيراً بقيت ملحوظة أخيرة مهمة ، وهى أن العلاج بالكتابة غير العلاج بالقراءة ، وإن تواجدت صلة وثيقة وتدعيم فى الاتجاهين فيما بينهما ، كذلك فإن التداعى الكتابى قبل درجة معينة من التغيير قد يكون سلبياً من حيث أنه يطلق الجاهز والمباشر ، حيث يكون الجديد البصيرى فى حالة واهنة بادئة لم يتدعم بعد .

ثانياً : بالنسبة للمسار أو الرنامج الفرعى الثانى :

بداية وقبل الشروع فى تحليل ما انطوت عليه استجابات المرضى حول ما جاء فى الاستبيان المعد حول جلسات الشعر ، هناك استنتاجان مهمان خرج بهما الباحث من خلال معايشته لتجربة استخدام الشعر مع المرضى النفسيين ؛ خاصة مرضى الفصام :

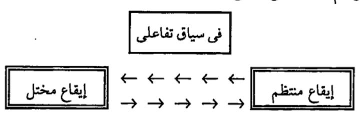
* **الاستنتاج الأول** : هو تأكد ما ألمحت إليه إلويز ريتشاردسون Eloise Richardson من أن الأفكار الشعرية يمكن أن تخدم كرسائل موجهة ، حيث تحمل بين طياتها كثيراً من أمل البقاء والاستمرار فى الحياة للشخص اليائس المحزون فاقد الأمل فى غد أفضل ، علاوة على تأكد جل ما خلصت إليه من نتائج من خلال تجربتها للعلاج بالشعر مع المرضى فى مستشفى ولاية ميريلاند للصحة العقلية ؛ والتى سبقت الإشارة إليها فى الفصل الثانى الخاص بالعلاج بالقراءة .

* **الاستنتاج الثانى** : هو تأكد ما ذكره الدكتور يحيى الرخاوى من أن الفصامى ؛ خاصة فى المرحلة الأولى للمرض لا يفقد إرادته بالمعنى السطحى الشائع وإنما هو يرفض ما فرض على إرادته ، والمثال الواضح على هذا ، ذلك الطالب الفصامى الذى يعجز عن الاستذكار ، ولكنه يقرأ كتابًا فى الفلسفة (ليس مقرراً عليه) ومن ثم فنحن هنا أمام إرادة أقوى وأعمق ، ولكن لو أحسن إخراجها وتحمله المسئولية عنها[1] ، وهذا ما لوحظ عمليًا خلال جلسات الشعر حيث طرأ على معظم المرضى بعد حضورهم عشر جلسات

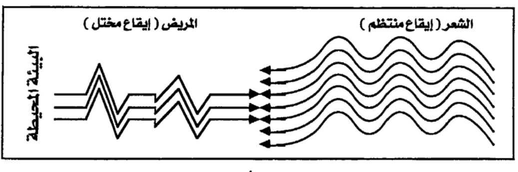
(١) يحيى الرخاوى (١٩٧٩) دراسة فى علم السيكوباثولوجى : شرح سر اللعبة . مرجع سابق . ص ٤١٠ .

للشعر تحسن ملموس فى المشاركة والاستفادة رغم الصعوبة المبدئية التى أبدوها عند بداية المشاركة(١) .

وتفسير ذلك أن المريض هنا يكون فى أمس الحاجة لمن يصالحه على نفسه وجسده ، وهذا الاغتراب عن النفس والجسد يظهر جليًا ليس فقط فى التفكير أو التعبير ، بل حتى فى نشاز المشية ، وخلل إيقاع حركة الجسم ، ومن ثم يأتى الشعر باعتباره إيقاعًا ولحنًا صب فى كلمات ؛ ليقوم باحتواء هذا الخلل وضبطه وإعادة تنظيمه ، وهكذا تتحقق مصالحة المريض شيئًا فشيئًا مع ذاته جسدًا وروحًا ، وهو ما حاول الدكتور سيد الرفاعى التعبير عنه بالرسم التخطيطى التالى(٢) :



وحاول الباحث من جانبه اجتهادياً التعبير من وجهة نظره عن هذا التحول الذى يطرأ على حالة المريض بتأثير الشعر وإيقاعه فى شكل (٤/ ١) ، الذى يلخص تلك المراحل فى خطوات أربع هى :

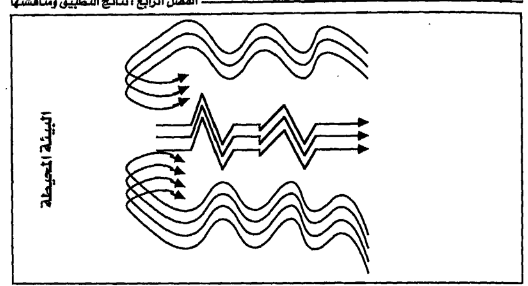


١ - اصطدام أو احتكاك

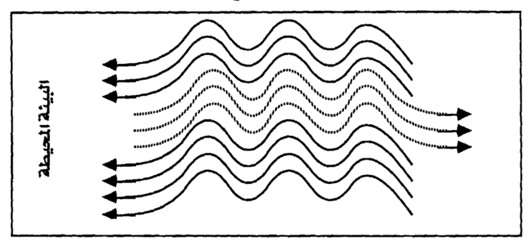
(١) سيد الرفاعى (٢٠٠٠) تجربة استخدام الشعر حفظًا وأداءً فى علاج المرضى النفسيين فى مجتمع علاجى . (القاهرة) : د. ن . ص٤ . (بحث غير منشور) .

(٢) المرجع نفسه .

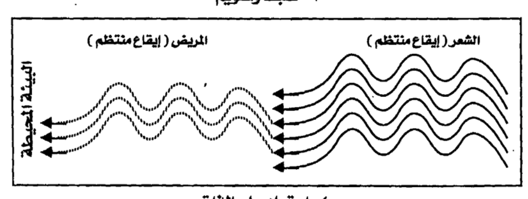




٢- احـــتواء



٣ - ضبط وتقويم



٤ - اعتماد على الذات

الشكل رقم (٤ - ١) مراحل التحول الذى يطرأ على حالة المريض بتأثير الشعر وإيقاعه

١ - الاصطدام أو الاحتكاك :

وتصف هذه الخطوة بداية تعرف المريض جلسة الشعر ، حيث غالبًا ما يجد نفسه مجبرًا فى البداية على المشاركة فيها ، قسرًا إما لأنه لا يميل إلى الشعر أصلاً ، أو نفورًا منه تحت تأثير المرض أو الاثنين معًا ، على أية حال وأيًا كان نوع الاضطراب الذى يعانى منه المريض ، فعادة ما يحدث فى هذه المرحلة احتكاك بينه وبين الشعر .

٢ - الاحتواء :

وهى من أصعب المراحل وتتطلب قدرًا كبيرًا من الجهد والصبر والحنكة من جانب المعالج الذى يلعب دورًا مهمًا فى إدارة جلسة الشعر ، وتقبل هذا المريض بنفوره وشروده ضمن الجلسة ، واستثمار خبرته وتمرسه وروحه القيادية ، فى جذب هذا المريض بإيقاعه المختل إلى واحة الشعر ذى الإيقاع المنتظم[1] ، وهذا الاحتواء من الطبيعى أن يتطلب فى البداية بعض المرونة والتماشى مع توجه المريض ومجاراته ، لكن ليس على طول الخط ، بل لفترة قد تطول أو تقصر حسب طبيعة المريض وشدة المرض ، ثم ما يلبث أن يحكم المعالج قبضته على عقل وتركيز وانتباه المريض ويشده إلى حيث يريد هو (أعنى المعالج) ، وقد يتم ذلك باللين واللطف ، أو الشدة ، أو استنفار بقية المرضى فى مواجهة خروج هذا المريض على المجموع ، أو التشجيع حتى على مجرد التواجد الصامت ولكن بحضور .

٣ - الضبط والتقويم :

فما أن يصير المريض حاضرًا مع المعالج طواعية ، وليس عنوة أو قهرًا ، بل حبًا وإكبارًا واعترافًا بالجميل ، عندئذ يكون فى استطاعة المعالج أن يستثمر ما فى جعبته من أبيات شعرية متنوعة فى ضبط وإعادة تشكيل إيقاعه حسبما تتراءى له مصلحته فى ضوء حالته المرضية والمرحلة التى يمر بها .

(١) لاحظ الباحث أن شعر القافية مفضل من جانب المرضى على الشعر العمودى أو ما يطلق عليه البعض الشعر المنثور المتحرر من قيود الوزن والقافية ، حيث يشيع شعر القافية بإيقاعه ووزنه وقافيته جرسًا موسيقيًا يكون له أبلغ الأثر فى نفوسهم .

٤ - الاعتماد على الذات :

تعد هذه المرحلة هى آخر مراحل تهيئة إيقاع المريض ليصبح إيقاعًا منتظمًا بعدما كان مختلاً ، وهى ضرورية لضمان استقرار ما تم غرسه فى نفس المريض من انضباط والتزام، ومن ثم يترك حراً ويلاحظ من بعيد كيف سيتصرف ، ولا نعنى هنا أنه لن يشارك فى جلسات الشعر مرة أخرى ، لكن المقصود أن يكون له كيان مستقل وحرية فى اختيار أشعار بعينها أو على الأقل حرية فى التعبير الواعى البسيط عما يقدم من شعر فى الجلسات ، بل أكثر من ذلك يستطيع أن يأخذ بيد أقرانه من المرضى الذين ما يزالوا فى المراحل الأولى من التحول ، ومن ثم يصبح مساعداً للمعالج دون تفاضل أو تمايز على الباقين ، أى يصبح ممن يطبق عليهم فى برامج العلاج بالقراءة عامة ، والشعر على وجه الخصوص « المرضى الرفقاء المناظرين Peer Patients » .

فإذا ما انتقلنا إلى تحليل ما جاء فى استجابات المرضى للأسئلة التى اشتمل عليها الاستبيان الذى تم إعداده حول جلسات الشعر فسنجد ما يلى :

أولاً : بالنسبة لمدى الرضا عن الجلسات بشكل عام :

أبدى جميع أفراد العينة رضا واستحسانًا لهذه الجلسات ، حيث وصفها بعضهم أوصافًا موجزة بسيطة مثل : أنها « جيدة »[١] ، « مفيدة »[٢] ، « ممتازة »[٣] ، فى حين استطاع آخرون ممن مكنتهم حالتهم وانخفاض حدة التدهور التى يعانون منها من التعبير بطلاقة عن مغزى وتأثير وجدوى هذه الجلسات من وجهة نظرهم ، فنجد أحدهم[٤] يذكر : « جلسات الشعر فعالة جداً ؛ لأنها أولاً تظهر مدى استيعاب المريض لمضمون الشعر وقدرة حفظه ، والتفاعل مع الجماعة ، وإنها نشاط مهم جداً لأن الشعر يحى المشاعر الدفينة ويغذيها ويبلورها فى شكل سليم وحضارى جداً ، وإنها أيضًا تظهر

---

(١) م٥ ، م١٢ ، م١٤ ، م١٦ .
(٢) م٢ ، م٥ ، م٧ ، م٨ ، م١١ .
(٣) م١٣ .
(٤) م٣ .

المواهب لدى كل مريض ، وتجعله يثق فى نفسه » ، وآخر[1] يقول بأنها : « محاولة لطيفة للتركيز والهدوء النفسى » .

يستثنى من مجموع الأفراد مريض واحد[2] عبر عن عدم قبوله لها بتعبيره : «مبحبهاش لأنهم لا يفهمونى معنى الشعر» وهو تعبير رغم أنه قد يبدو للوهلة الأولى خروج عن المجموع ، ونفور من الجلسات ، إلا أنه بالنظر إليه نظرة متعمقة وتتبع بقية إجاباته عن أسئلة الاستبيان سوف نتبين إقباله الشديد وشغفه بالشعر ، بدليل تذكره لإحدى الرباعيات التى لم تدرج ضمن الرباعيات الاثنتى عشرة المختارة وذكره لها فى إجابته عن السؤال رقم (٥) من الاستبيان بل أكثر من ذلك حفظه لبيت من شعر رب السيف والقلم محمود سامى البارودى ، وذكره له فى إجابته عن السؤال رقم (٧) من الاستبيان ، وعليه فلعل السبب فيما أورده طمعه فى مزيد من الشرح والتوضيح وهو ما يطالب به كثير من المرضى ، فى الوقت الذى يكون هدف بعض الجلسات مقصوداً لذاته وهو تحقيق المشاركة وإدراك الآخر من خلال التشارك فى ترديد أبيات الشعر فقد دون تجاوز ذلك – خاصة فى البدايات الأولى – إلى مرحلة شرح المعانى والغوص بحثًا عن المضامين المختلفة .

ومن ثم يستنتج مما سبق أن هناك شبه إجماع من جانب أفراد العينة على الرضا التام عن عقد جلسات الشعر هذه ، وإدراكهم لجدواها والمردود الإيجابى لها على مستوى تحسن حالتهم المرضية .

ثانيًا : بالنسبة لحرية المرضى فى حضور الجلسات :

كان متوقعًا أن عدد الأفراد الذين يرغبون أن يكون حضور الجلسات اختيارياً هو الأكبر (١٢ فرداً) يمثلون نسبة ٧٥٪ من المجموع ، وذلك طبيعى لأن الإنسان بطبيعته – سوياً كان أم مريضًا – رافض لكل ما يفرض عليه قسراً وبالإجبار حتى ولو كان فى صالحه ، ومن الطبيعى أن يزيد حجم هذا الرفض إذا كان الشخص مريضًا يقيم فى مكان

(١) م٤ .
(٢) م١ .

يشعره بأنه محتجز على غير إرادته مهما توفر بهذا المكان من وسائل للراحة والرفاهية ، وعليه فقد تنوعت المبررات التى ساقها الرافضون لمبدأ الإجبار فى حضور الجلسات ما بين : عدم حب البعض للغة العربية أو الشعر « فى ناس لا يحبوا اللغة العربية أو الشعر »[1] ، أو عدم حب البعض للشعر أو الميل له[2] ، أو اعتبار ذلك مساسًا بحريته[3] ، أما النسبة الباقية وهى ٢٥٪ وتمثل الذين رضوا بأن يكون حضور الجلسات إجباريًا لوعيهم بالسبب وراء حتمية هذا الإجبار ، فمنهم من[4] يذكر : « أن هناك مرضى عندهم كسل أو خجل أو عدم ثقة بالنفس أو عدم تجربة سابقة ، ويجدون أنفسهم فى مجال جديد ، قد يساعدهم على حل كثير من المعوقات » ، وآخر[5] يقول بأن : « بعض الأشخاص لا يقدرون قيمة الفائدة من حضور هذه الجلسات » .

ويمكن القول بأن المفاضلة فى تخيير المريض بين حضور الجلسات وإجباره على ذلك أمر نسبى ، يحكمه عدة عوامل منها : درجة تدهور الحالة ، والمرحلة التى تمر بها ، وطبيعتها نفسها ، فقد تستلزم بعض الحالات ضرورة إشراكها فى جلسات الشعر حتى ولو بقى طوالها صامتًا عازفًا عن المشاركة ؛ لأن الهدف هنا هو فقط غمره فى وسط حى يتشارك فيه المجموع ويتجاذبون أطراف الحديث بشكل إيقاعى منتظم ، وفى المقابل قد نجد أن عدم السماح بمشاركة حالة أخرى فى حضور جلسات الشعر قد يكون ضمن خطة علاجها ولكن هنا بالحرمان ، وخلاف هذه وتلك قد نجد حالة ثالثة تتسم بالتردد والاعتمادية وفقدان القدرة على اتخاذ القرار ، عندئذ يحرص المعالج - على خلاف سياسته وتعامله مع الحالتين السابقتين - أن يضعها فى محك اختبار بترك قرار حضور الجلسات من عدمه فى يدها ، لكن بشرط أن تقدم له من المبررات ما يدعم اختيارها سواء بالحضور أو عدم الحضور .

---

(١) م١ .
(٢) م٦ ، م١٠ ، م١٣ ، م١٥ .
(٣) م٩ ، م١١ ، م١٤ .
(٤) م٣ .
(٥) م٥ .

ثالثًا : بالنسبة لمدى إدراك المرضى للفائدة من حضور الجلسات :

أكد جميع أفراد العينة على شعورهم بفائدة لمسوها بأنفسهم من حضورهم جلسات الشعر ، وحتى المريض[1] الذى أجاب بالنفى إذا به يبرر اختياره للخيار (لا) بأنه كان يطمع فى المزيد ، ويرجو أن يطول الوقت المخصص لها : «لأنها جلسات خاطفة وعابرة» ومن ثم فربما يكون قد فهم السؤال على أنه نقد للجلسة وليس تقديرًا لمدى فائدتها ، وقد تعددت أنماط إجابات أفراد العينة فى وصف طبيعة الفائدة التى شعروا بها نتيجة حضورهم هذه الجلسات ، ففى حين نمت بعض الإجابات عن تقرير بتغير الحالة المعرفية سواء من حيث القدرة أكثر على التذكر ، أو زيادة جرعة المعلومات والثقافة المتحصل عليها : « حفظت شوية »[2] ، تفيد الذاكرة إذا كان هناك تأثير سلبى نوعًا ما من الحبوب التى تستخدم فى العلاج على الذاكرة »[3] ، « تفيد فى تنشيط الذاكرة »[4] ، «تنمى الفك »[5] ، « تنشط العقل »[6] ، «زيادة معلوماتى ووسيلة جيدة لزيادة الثقافة»[7] ، « عرفت شعر جديد أو معلومة جديدة »[8] .

وأكدت إجابات أخرى على الأهمية التى تحققها جلسات الشعر لمن هم فى حاجة إلى الاستئناس بالآخر ، والشعور بالتعاون والمشاركة الجماعية ، مثل : « بها أرتاح من كل مشاكلى ، وأحيانًا تعبى ، وأرى بها ذاتى لأننى بحب الشعر ، فأندمج معه بالإلقاء والإحساس . . . ، وأجد نفسى أحيانًا وقد فكيت كل ما يضايقنى بالفعل ، بالإضافة إلى وجود الجماعة معى فهو يريحنى ويؤنسنى »[9] ، « فيها مشاركة فعالة توجدنى فى جو اجتماعى ، من الممكن فيه أن أعبر عن رأيى »[10] .

---

(١) م٩ .
(٢) م١ .
(٣) م٢ .
(٤) م٦ .
(٥) م١٣ .
(٦) م١٥ .
(٧) م٤ .
(٨) م١٤ .
(٩) م٣ .
(١٠) م٨ .

وركزت بعض الإجابات على البعد الترويحى المتعى الذى تحققه الجلسات لمن يحضرها[١] ، فى حين ألمحت إجابة أحد الأفراد إلى انعكاس فائدة الجلسات على تعديل السلوك والارتقاء به : « فادتنى لأنها تهذب من سلوكى وتربى وتنمى المشاعر الطيبة عندى »[٢] .

رابعًا : بالنسبة لمدى تذكر أى مما يقدم من أشعار فى الجلسات :

وجد الباحث أن نسبة ٣٧,٥٪ من الأفراد (٦ أفراد) لم يجيبوا عن التساؤل الخاص بتذكرهم لأى شعر قدم فى الجلسات ، ولعل ذلك مرده إما لأن السؤال مصوغ بشكل مركب ، ومن ثم غلق فهمه عليهم ، أو لتحرجهم من الاعتراف بعدم قدرتهم على التذكر وهو ما يعتبر أحد أبرز أعراض الحالة المرضية التى يعانون منها ، أما بالنسبة الباقية وهى ٦٢,٥٪ (١٠ أفراد) فأهم ما لوحظ على إجاباتهم هو تركز أغلب ما تذكروه من أشعار فى دائرة رباعيات صلاح جاهين ، على الرغم من تنوع الأنماط الشعرية التى تقدم فى الجلسات ، ومن ثم فإن هذه النتيجة تدعم تخير الاثنتى عشرة رباعية التى أريد قياس مدى أهميتها من وجهة نظر أفراد العينة ، وقد عبر أحد[٣] الأفراد بتلقائية شديدة عن سبب القبول الذى تحظى به الرباعيات بقوله : « لأن الشاعر صلاح جاهين شاعر العامية شعره سهل وممتع ، سهل على اللسان والعقل » .

هذا ولم يقدم مبررًا مقنعًا لسبب ما تذكره من شعر دونما سواه غير أربعة أفراد فقط ، بعضهم ربطه بحادثة أو تجربة شخصية مر بها ، مثل : « لأنى كنت نويت أن أسم نفسى فى مرة »[٤] ، والبعض الآخر يذكره بفترة محببة لنفسه من فترات عمره : « أجن لفلسطين ولبنان حيث عشت طفولة رائعة »[٥] ، « فاكر الشعر ده بالذات لأنه مر بى فى فترة من فترات حياتى وحرك مشاعر الماضى »[٦] ، وبعض ثالث يتذكره لارتباطه بكائن أليف يحبه : « تذكرت هذه الأبيات من الشعر لأنى أحب الطيور »[٧] .

---

(١) م١٠ ، م١٥ .
(٢) م٥ .
(٣) م١٠ .
(٤) م١ .
(٥) م٣ .
(٦) م٥ .
(٧) م٤ .

وتعليقًا على ما سبق ، نجد أنه أيّاً كان السبب الذى أدى إلى تذكر أى فرد من أفراد العينة لشعر بعينه دونما سواه ، وباعترافهم أنه حرك داخلهم مشاعر وذكريات دفينة - سيئة كانت أو محببة للنفس - فربما يعد هذا مؤشراً لإمكانية استخدام الشعر كأداة لاستحضار ذكريات واستثارة انفعالات معينة لدى المرضى ، ثم استثمار ذلك وظيفيّاً ضمن منظومة العلاج الكلية .

خامسًا : بالنسبة لأكثر الرباعيات الاثنتي عشرة التى حظيت باستحسان من جانب المرضى :

يوضح جدول (٤/ ١) ترتيب الرباعيات الاثنتى عشرة حسب مقدار ما حظيت به من ترشيحات المرضى :

جدول (٤/ ١) ترتيب الرباعيات الاثنتى عشرة حسب مقدار ما حظيت به من ترشيحات المرضى :

رقم الرباعية	عدد الترشيحات	الترتيب	رقم الرباعية	عدد الترشيحات	الترتيب
الرباعية رقم (١)	٦	١	الرباعية رقم (٩)	٢	٤
الرباعية رقم (٤)	٤	٢	الرباعية رقم (١٢)	٢	٤
الرباعية رقم (٨)	٤	٢	الرباعية رقم (٢)	١	٥
الرباعية رقم (٣)	٣	٣	الرباعية رقم (٥)	١	٥
الرباعية رقم (٦)	٣	٣	الرباعية رقم (١٠)	١	٥
الرباعية رقم (٧)	٣	٣	الرباعية رقم (١١)	١	٥

يرجع احتلال الرباعية الأولى :

مع إن كل الخلق من أصل طين
وكلهم بينزلوا مغمضين
بعد الدقايق والشهور والسنين
تلاقى ناس أشرار وناس طيبين
عجبى !!

للمرتبة الأولى بين الرباعيات الاثنتى عشرة ، ربما لأنها تعبر عما يجيش فى صدر الغالبية العظمى من المرضى ويعانون منه ، ويريدون أن يصرخوا به فى وجه العالم بأسره، وهو أن البشر جميعًا سواسية كأسنان المشط ، ولكن مع مرور الأيام تتغير الأحوال وتتبدل المصائر ، فيمرض البعض ويصير كما لو كان شريراً ، ويظل البعض الآخر على صحته فيبدو طيبًا ، وليس لأى من الطائفتين ذنب أو فضل فيما هم عليه ؛ لذا فهذه الرباعية تمثل بالنسبة لهم دعوة صريحة لإرساء العدل ومعاملتهم كغيرهم من البشر ، فليس لهم يد فيما صاروا إليه من مرض .

ويؤكد ما ذهب إليه الباحث ما جاء فى استجابات المرضى الذين رشحوا هذه الرباعية حيث دارت جميع استجاباتهم حول هذا المعنى ، مثل : « عجبتنى لأنها تقول أن الناس سواسية »[1] ، « لأنه يعبر على اختلاف صفات البشر ، رغم أنهم جميعًا خلقوا من طين »[2] .

كذلك فإن اعتلاء الرباعية الأولى هذه قمة الرباعيات المختارة له دلالة أخرى تتمثل فى تأكيد أن ليس العلاج بالشعر بالسطحية والاختزال والسذاجة التى قد يتصورها البعض بأن يتم إعطاء المريض المكتئب مثلاً شعراً مفرحًا فيؤتى ثمرته معه ، بل قد يؤدى مثل هذا التصرف بنتيجة عكسية تمامًا ، حيث ينفصل من جراء ذلك المريض شعورياً عن المعالج حيث يستشعر عدم إدراكه لكم ، وحجم الألم النفسى الذى يعانيه ، بل على العكس تمامًا فلو بدأ المعالج مع هذا المريض بقصيدة سوداوية إلى حد ما ، فربما تكون المدخل المبدئى الذى يمثل أرضية مشتركة للحوار بينه وبين هذا المريض المكتئب ، يمكن التدرج منها شيئًا فشيئًا لأنماط أقل سوداوية وهكذا حتى النمط المفرح المبهج الباعث على الأمل الذى تمثله الرباعيتان (٤) ، (٨) الواردتان فى المرتبة الثانية ، وليس بينهما وبين الرباعيات الأخرى التى تحتل المراتب من الثالثة وحتى الخامسة فارق كبير فى عدد الترشيحات .

---

(١) م١ .
(٢) م٨ .

سادساً : بالنسبة لمدى تذكر أي شعر آخر غير ما قدم من أشعار في الجلسات :

لم يجب سوى أربعة مرضى فقط (بنعم) عن السؤال الخاص بما إذا كانوا يتذكرون أي شعر آخر غير ما طالعوه في جلسات الشعر ، وبتحليل ما ذكروه ، نجد الشعر الحقيقي هو فقط ذلك البيت الذي ذكره أحد هؤلاء المرضى[١] :

« أصبراً على مس الهوان وأنتم عديد الحصى ! إني إلى الله راجع » وهو أحد أبيات قصيدة محمود سامي البارودي التي نظمها بعد عودته من حرب « كريد » عام ١٨٦٨ ، وما عدا ذلك لا يعدو مجرد خواطر شخصية[٢] ، وإن كانت إحدى هذه الخواطر تجيش بالعاطفة ، حتى أنه ما من أحد يظن أن كاتبها يعاني من اضطراب نفسي ، وهي :

« لم أعد أدري إلى أين أذهب ، كل يوم أحس أنك أقرب ، كل يوم يصير وجهك جزءاً من حياتي ، ويصبح العمر أخضب ، لقد تسربت في مسامات جلدي مثلما قطرة الندى تتسرب ، حبك البربري أقوى مني ، وإني على ذراعيك أصلب »[٣] .

سابعاً : بالنسبة للتعديلات المقترح إجراؤها على الجلسات :

لم يقدم مقترحات حول تعديل الجلسات سوى خمسة مرضى فقط[٤] ، لكنها ليست بالمقترحات التي تخدم الهدف المراد من تلك الجلسات .

بقي في ختام هذا الجزء الإشارة إلى أنه لم يكن ثمة تفاوت أو اختلاف يذكر بتأثير الجنس (الأنثيان مقارنة بالبقية من الذكور) على مستوى المشاركة في جلسات الشعر ككل ، أو ما قد قدم من استجابات عن أسئلة الاستبيان ، ومع ذلك لا يستطيع الباحث أن يجزم بتأثر العلاج المعرفي باختلاف الجنس ، والشيء نفسه بالنسب للعلاج بالقراءة عامة ، والعلاج بالشعر على وجه الخصوص ، حيث يتطلب ذلك إفراد دراسة مستقلة تبحثه بشكل مستفيض ومتعمق .

(١) م١ .
(٢) م٣ ، م٥ ، م٦ .
(٣) م٣ .
(٤) م١ ، م٣ ، م٥ ، م٦ ، م١٠ .

(جـ) بالنسبة للمسار أو البرنامج الفرعي الثالث :

بداية ينبغي الإشارة إلى أن التقمص أو التوحد الذى سعى إلى تحقيقه لدى مجموع الأفـراد المشـاركين المسـتـهـدفين هو من نوع « التـقـمص الإسـقـاطى Projective Identification » الذى يتصـور فيـه الفـرد نفسـه داخل آخر خـارج عنه ، وهو نوع من الدفاع يلجأ إليه ؛ ليخلق لدى نفسه وهمًا بأنه يسيطر بهـذه الطريقـة على الشـخص الآخر ، وبذلك يظن بنفسه القوة التى يفتقدها فى نفسه ويجدها لدى الآخرين ، كذلك يحقق لنفسه الإشباع بأن يتصور أن الإشباع الذى يحققه الآخر لنفسه بقوته ، هو إشباع لنفسـه هو ، وهذا النوع يقـابله نوع آخـر من التـقـمص هو « التـقـمص الاسـتـدماجى Introjective Identification » الذى يرى فيـه المرء آخـر داخله ، ويتـصـور هذا الآخـر وكأنه جزء منه هو نفسه ، أى يتعين به باستدماجه داخله[1] .

ومن جانبه يرى الدكتور يحيى الرخاوى[2] أن التقمص من حيث كونه محاولة من جانب الفـرد أن يلبس ذاتًا من الخارج تصنع له ما يمكن أن يسـمى قشـرة حـامـية ، وفى الوقت نفسه فاعلة ونشطة ، لكى يكون مفيداً للشخص ينبغى أن يتسم ببعض السمات منها :

(أ) أن يكون قـشـرياً ، بحـيث يكون منفـصـلاً بدرجـة مـا عن الداخل النامى أو الكامن استعداداً للنمو .

(ب) أن يكون متوسط القوام : لأنه إذا كان رقيقًا هشًا ، فلن يقوم بالدور الدعامى المطلوب ، وإذا كان سميكًا صلبًا ، فسوف يعوق النمو الأصلى لا محالة .

(جـ) أن يكون مرحلياً : (وهذا نتاج للصفتين السابقتين) ؛ بحيث يسمح للنمو الداخلي بالاستمرار حتى يستوعب جزءاً من هذه القشرة ويهضمه حتى التمثيل ، ويكسر الجزء الباقى وينمو عنه ويتخطاه .

(1) Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p. 378.

(٢) يحيى الرخاوى (١٩٧٩) دراسة فى علم السيكوباثولوجى : شرح سر اللعبة . مرجع سابق . ص ص ٨٥ – ٨٧ .

ومع تنوع أنماط التـقـمص ، يهـمنا هنا فى هذا الجـزء ، نمط (التـقـمص بالمشـابه Identification with the «like») ويعنى أن يتـقمص الفرد شخصًا أقرب ما يكون إلى صفاته القائمة ، إلا أن هذا الشخص يكون أكثر نضجًا وثباتًا ، وهذا الشخص هنا هو شخصية بطلة القصة « هيلين كيلر » التى استطاعت أن تجتاز إعاقتها وتسلحت بإرادتها لتحقق ذاتها[1] .

كذلك يفيد أيضًا فى هذا السياق ذكر ما ألمح إليه الدكتور شعبان خليفة من أن «بولين أوبلر Pauline Opler » فى دراستها لبيان أهمية وجدوى العلاج بالقراءة كأداة ووسيلة للعلاج فى مكتبات المستشفيات العقلية الأمريكية والتى اعتمدت فيها على تحليل استجابات ٢١٧ مكتبة مستشفى لاستبيان أعدته يقيس حقيقة واقع هذا النمط فى العلاج فى كل منها من منظور العاملين بها ، قد وجدت أن ٥٠٪ من المكتبيين ، و ٣٢,٦٪ من الأطباء ممن شملهم الاستبيان قد ردوا بالإيجاب عن تساؤل : « هل تعتقد أن القراءة يمكن أن تكون علاجًا حقيقياً لأمراض مثل الفصام (شيزوفرينيا) ؟ »[2] .

وحيث أن أبرز السمات التى تبدو واضحة جلية لدى مريض الفصام هو تلك الصعوبة البالغة التى يعانى منها فى ربط الكلمات معًا لتشكل لديه جملة ذات دلالة ، فإذا استطعنا فى أولى مراحل العلاج تحقيق ذلك نكون قد انتقلنا بالمريض خطوة لا بأس بها فى اتجاه التحسن ، ثم إذا استطعنا بعدها أن نساعده فى أن يربط بين تلك الجملة وجملة أخرى سابقة أو تالية ليشكلا معًا فكرة ما ، نكون بذلك ارتقينا به درجة أخرى على سلم التحسن ، ومع ازدياد حبات تلك الجمل التى يستطيع المريض أن يستوعبها من عقد القصة التى يقرأها ، تتزايد الدرجات التى يرتقيها فى سبيل وصوله إلى منصة الترابط الفكرى ، أحد أهم مظاهر التحسن بالنسبة لمريض الفصام ، وهو بالفعل ما حاول الباحث الوصول إليه - ولو إلى بعض منه - من خلال المقتطف الذى قدمه لأفراد

(١) من الأقوال المأثورة لهيلين كيلر ، واستخدمها الباحث كثيراً مع الأفراد ؛ لتشجيعهم عند تطبيق الاستبيان ، قولها : « كما أن العالم ملىء بالمعاناة ، هو ملىء أيضًا بفرص اجتيازها » .

(٢) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . القاهرة : الدار المصرية اللبنانية . ص ٩٩ .

العينة ، وحاول التحقق من تأثيره من خلال الاستبيان الذى أعده حوله ، وطلب من كل فرد منهم على حدة الإجابة عن تساؤلاته ، والتى أمكن تحليلها على النحو التالى :

أولاً : بالنسبة لمدى الطلاقة والإبداع[1] فى وضع عنوان أو أكثر للمادة المقروءة :

اتسم ثلاثة أفراد[2] من الستة بقدر من الطلاقة ، حيث تمكنوا من إعطاء أكثر من عنوان واحد للجزء القرائى المقدم ، ولم يكن هناك عناوين تنم عن إبداع فى الصياغة بشكل ملفت ، وقد تمثلت العناوين المعطاة فيما يلى :

(أ) « صبر الآنسة سوليفان على هيلين » ، « الحب معنوى لا يحس » (م١) .

(ب) « ورود يانعة » ، « ندى على الغصون » (م٤) .

(جـ) « معنى الحب » ، « تخطى الصعاب من أجل التعليم » ، « الطفلة المعجزة » (م١٨) .

ثانياً : بالنسبة للخبرات الأخرى غير الملموسة :

استطاع خمسة أفراد[3] من الستة الإتيان بمفاهيم مجردة غير الحب ، بعضها ذى صبغة خبروية عامة ، مثل : « السلام ، الأمن ، السعادة »[4] ، و « الذكاء ، الرحمة ، الإنسانية »[5] ، و « العلاقات الأسرية »[6] ، « الوطنية »[7] ، والبعض الآخر شخصى مثل : « كره قلة الأدب ، الغضب ضد الوساوس »[8] .

(١) « الإبداع Creativity » : هو القدرة على الوصول إلى حلول جديدة لكنها صادقة ، أو القدرة على خلق منتجات خيالية مقنعة وذات معنى . . . وبعض الفصاميين والاكتئابيين لديهم قدرة على التوصل لحلول مبتكرة لمشكلاتهم المرضية ، والبعض الآخر لا قدرة له » .

المصدر :

- Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. Op. Cit. p. 180.

(٢) م١ ، م٤ ، م١٨ .

(٣) م١ ، م٢ ، م٣ ، م١٧ ، م١٨ .

(٤) م٢ .

(٤) م٣ .

(٦) م٣ .

(٧) م١٨ .

(٨) م١ .

وهو ما يعنى استيعاب كل فرد منهم للمعنى المجرد الموجود فى القصة ، وكذلك القدرة على الإتيان بمعان أخرى على غرارها .

ثالثًا : بالنسبة لمدى إدراك ما يدل على المعانى المجردة الأخرى الواردة فى القصة :

(أ) « قـوة الإرادة » : تمكن اثنان[1] فقط من الستة أفراد ربط قوة الإرادة بما جاء ذكره بالفعل فى متن الجزء المقتطف سواء مفهوم « التفكير » أو تدرج فهم الأشياء من المحسوس إلى المجرد ، وجاء ذلك على النحو التالى :

١ - « أنها حاولت حتى استطاعت فهم كلمة (فكرى) » (م١) .

٢ - « أما الطفل الأصم فينبغى له أن يتعلم اللغة بطريقة بطيئة ، وبأسلوب غالبًا ما يكون مرهقًا ومؤلمًا ، لكن على الرغم من هذا البطء والإرهاق والإيلام ، فإن نتائج عملية التعلم عادة مدهشة ، فنحن نتقدم بالتدريج من مجرد معرفة أسماء الأشياء إلى فهم الأفكار العميقة التى تشتمل على بيت من شعر شكسبير » (م٢) .

أما الأربعة الباقون فقد ربطوا قوة الإرادة بشخصية البطلة عامة ، وهو ما لم يطلب فى السؤال .

(ب) « التحدى » : من واقع ما جاء فى القصة استوعب أربعة أفراد[2] مفهوم «التحدى» كمفهوم مجرد ، ومن الملفت للانتباه أنه فى الوقت الذى ألمح الجميع إلى أن التحدى ارتبط بشخصية البطلة « هيلين » ، يطالعنا أحد[3] هؤلاء الأربعة بإجابة مختلفة حيث ذكر :

تحدى الآنسة سوليفان ورغبتها بأن تشرح لهيلين كيلر الأشياء الملموسة ، مثلما حاولت أن تشرح لها معنى الحب ، وتهجية كلمة « فكِّرِى » بعد أن لمست جبهتها ، فقد تحدت الإعاقة التى كانت تعانى منها هيلين كيلر » (م٢) .

(١) م١ ، م٢ .
(٢) م١ ، م٢ ، م٣ ، م٤ ، م١٨ .
(٣) م٢ .

ومن ثم ففى رأيه أن التحدى يتواجد عند المعلمة « آن سوليفان » لصبرها على البطلة ، وهى ملحوظة تسترعى الانتباه وتؤكد ما سبقت الإشارة إليه من جانب البعض من أن بعض مرضى الفصام لديهم من القدرات الإبداعية التى تمكنهم من أن ينتجوا فى بعض الأحيان نتاجًا غير مألوف (إيجابى وليس بالضرورة سلبى) سواء كان على المستوى الفكرى أو اللغوى ، أو حتى من حيث رؤيتهم الخاصة للواقع الفعلى الذى نعيشه جميعًا[1] .

(جـ) « استمرار المحاولة (المثابرة) » : واحد[2] فقط من مجموع الأفراد هو الذى لم يستطع استيعاب هذا المفهوم ، من حيث ارتباطه بتكرار المحاولة والتعلم من الأخطاء ، مهما طالت المدة وتأخرت النتيجة ، وجدير بالذكر أن هذا التساؤل يحمل معنى يراد إيصاله إلى المرضى وترسيخه فى أنفسهم ، وهو عدم تسرب اليأس من طول مدة المرض وتكرار الإخفاق والانتكاس طالما هم يسيرون على الطريق نحو الشفاء .

رابعًا : بالنسبة لمدى توفر القدرة على التجريد :

كما ذكر فى فصل سابق ، أن الفصامى يفتقد بدرجة ملحوظة إلى القدرة على إدراك المعانى الضمنية أو البعيدة التى تراد من وراء الكلمات Implicit ، وغالبًا ما تكون المعانى الظاهرية الواضحة Explicit المحسوسة القريبة للذهن هى التى يفزعون إليها أو بمعنى أدق تقتحمهم ، ومن هنا كان التساؤل الرابع من تساؤلات الاستبيان : هل أنت معجب ببطلة القصة لأن عندها إرادة ، أم لأنها تبحث عن الحب ؟ ، وقد نجح جميع أفراد المجموعة فى التركيز على المعنى الضمنى المقصود من وراء المقتطف وهو « الإرادة » وليس الظاهرى « الحب » ، وهو ما يعد دليلاً على وجود ثمة تحسن ولو بسيط لدى هؤلاء الأفراد ، وإن استثنى منهم فرد واحد[3] أجاب بـ (نعم) فقط دون أن يشرح سبب إجابته تلك ، ويدلل عليها .

---

(1) Torrey, E. Fuller (1995) Experts from «Surviving Schizophrenia». - http://www.mentalhealth.com/book/p40-sc03.html (Cited 23/4/2001).

(2) م٤ .   (3) م٢ .

ومن المفارقات الطريفة التى لاحظها الباحث فى الإجابة عن التساؤل رقم (٤) الذى نصه «هل أنت معجب ببطلة القصة لأنها عندها إرادة أم لأنها تبحث عن الحب ؟»، ذلك الزخم العاطفى الذى خالط إجابة الأثنيين عنه ، فعلى الرغم من اتفاقهما على أن «قوة الإرادة» هى المغزى من المقتطف ، إلا أننا نجد إحداهما[١] تعتبر الحب هو المحفز والمولد للإرادة حيث تذكر : « لولا الحب بحياتها ، لما استطاعت أن تستمر وتنجح » ، بينما تراه الأخرى هدفًا وغاية لا يمكن أن يبلغها إلا من يتمتع بإرادة قوية ، فتقول : «بطلة القصة عندها إرادة ؛ لذلك فهى تبحث عن الحب» وكما يشتم فى هذه العبارة الأخيرة مدى معاناة صاحبتها من افتقادها للحب ، لعدم توفر الإرادة المعينة لها على الوصول إليه .

هذا ويلمح الدكتور يحيى الرخاوى[٢] إلى أن مريض الفصام يعانى - فى حقيقة الأمر - من عدم القدرة على التجريد بقدر معاناته من فرط التجريد أو السعى إلى تحقيق التجريد الأعمق والأشمل ومن ثم يوثق علاقته أكثر باللفظ من حيث ظاهره ووظيفته مما يحبسه داخل دائرته المفرغة فلا هو استطاع أن يصل إلى معنى أبعد أو أعمق ولا هو أدرك المعنى الخفى المقصود من وراء اللفظ ، بمعنى آخر أن الفصامى قد أفرط فى التجريد حتى انتهى به الأمر إلى الاغتراب ، وكلما حاول العودة تأتى عودته عودة فاشلة يعجز فيها عن توظيف التعيين الجديد الذى توصل إليه توظيفًا إيجابيًا ، كما فشلت عودته إلى التجريد القديم المألوف ، والمقصود من جانب عموم الأسوياء .

خامساً : بالنسبة لمفهوم الحب كما يدركه كل فرد من الأفراد المشاركين :

استطاع ثلاثة أفراد[٣] فقط من الستة أفراد التعبير عن مفهوم الحب من وجهة نظرهم ، وجاءت إجاباتهم على النحو التالى :

(١) م٣ .

(٢) يحيى الرخاوى (١٩٧٩) دراسة فى علم السيكوباثولوجى : شرح سر اللعبة . مرجع سابق . ص٣٨٨ .

(٣) م١ ، م٣ ، م١٨ .

(أ) « الحب هو شيء جميل جداً فيوجد حب الأب لأبناؤه أو حب الأم لأبنائها ، وهذا أقوى حب لا يمكن أن يكسر هذا الحب ، ويوجد حب الرجل للمرأة ، الحب شيء معنوى لا يحس بالحواس الخمسة » (م١) .

(ب) « مفهومى أنا عن الحب أن يكون بالنسبة لى فياض ، فأنا أتغذى به ، ويعطينى الدفع المعنوى والاستقرار النفسى ، لأن أنجح وأرتاح ؛ أستقر وأستمر بالحياة بأمل وأمان . بطلة القصة وجدت الحب والرعاية من معلمتها ، ويتروى هذا على ما أعتقد دفعها لأن تستقر وترتاح ، وتنجح وتكمل مشوارها العلمى والاجتماعى بأمان ونجاح » (م٣) .

(جـ) « مفهومى عن الحب هو علاقة رومانسية بين اثنين ، (ليس فقط) رجل وامرأة عند الزواج ، بل الحب معنى أشمل من ذلك فهو الحنان والقناعة والرضا والسعادة فى الحياة ، وهو معنى غير ملموس ، ولكن يحس ، والمفهوم الذى جاء فى القصة أنه المشاعر والأحاسيس التى يحس بها تجاه الأشياء » (م١٨) .

أما الباقرن فمنهم من لم يجب عن التساؤل الخاص بذلك[1] ، أو لم يعبر بشكل مقنع[2] .

سادساً : بالنسبة للإعاقة التى يدعو كل فرد من الأفراد المشاركين ألا تصيبه ، ورد فعله إذا ما أصابته :

أجاب عن هذا التساؤل خمسة[3] أفراد ، ثلاثة[4] منهم ذكروا الإعاقة نفسها التى كانت تعانى منا بطلة القصة ، « العمى » ، « الصمم » ، وتوحدوا معها فى تحدى الإعاقة وتحقيق الذات وهو ما يمثل تأثرهم بما قرأوا (تقمص) ، واستثارته لدافعيتهم حتى ولو كان ذلك على المستوى اللفظى ، فمن المؤكد أن التلفظ فى حد ذاته بشيء يعكس وجود

(١) م٢ .
(٢) م٤ ، م١٧ .
(٣) م١ ، م٣ ، م٤ ، م١٧ ، م١٨ .
(٤) م١ ، م٣ ، م١٧ .

هذا الشيء فى بؤرة الشعور أو على الأقل استحضاره فيها ، أما الاثنين الآخرين ، فأحدهما[1] تعوذ من الإصابة بالأمراض على الإطلاق وجعل الخلاص منها بالذهاب للطبيب :

« الإعاقة هى الأمراض الكثيرة ، فى مواجهتها ينبغى للإنسان أن يستعين بالأطباء » (م٤) .

والآخر[2] ذكر المرض النفسى ، واعترف ضمنًا بعدم قدرته على أن يكون لديه من قوة الإرادة ما كان لدى بطلة القصة :

« الإعاقة التى أدعو الله ألا تصيبنى شخصياً هى المرض النفسى ، حيث أتمنى أن أكون شخص عادى ، مثل بقية الأشخاص ، أؤدى عملى بشكل طبيعى ، ومختلط اجتماعيًا وليس عندى مشاكل نفسية على الإطلاق ، وهذا يؤدى إلى نجاحى فى الحياة العامة ، أما بطلة القصة فهى رغم الإعاقة ، فقد هزمتها لكى تحقق ما تريد ، وقد حققت بالفعل ما أرادت » (م ١٨) .

سابعًا : بالنسبة لأسماء الكتب أو القصص التى قرأها الأفراد ووجدوا أنها قريبة من القصة المقدمة :

أجاب عن هذا التساؤل أربعة[3] أفراد من الستة أفراد ، اثنان فقط من هؤلاء الأربعة[4] وفقا فى ذكر قصة « طه حسين » مما يدل على قدرتهم على الربط بوعى بين القصتين ، بينما الاثنين الآخرين ذكرا قصصًا أخرى ، غير متعلقة أو مرتبطة بمضمون القصة المقدمة .

ثامنًا : بالنسبة لأسماء الكتب أو القصص التى قرأها الأفراد ووجدوا أنها على النقيض من القصة المقدمة :

لم يجب عن هذا التساؤل أى فرد إجابة تدل على استيعابه للهدف منه ، ربما لصعوبة السؤال وحاجته إلى قدرة ربط وتجريد عالية افتقدها الجميع .

---

(١) م٤ .
(٢) م١٨ .
(٣) م١ ، م٤ ، م١٧ ، م١٨ .
(٤) م١ ، م١٨ .

بقى فى ختام هذا الجزء الإشارة إلى أنه على الرغم من عدم القدرة من خلال هذا الجزء البسيط والتجربة القرائية البسيطة على الجزم بتأثير العلاج بالقراءة بالجنس (الذكور فى مقابل الإناث) ، إلا أن ثمة مؤشرات فارقة يمكن استخلاصها بتحليل استجابات الإناث فى مقابل الذكور على الاستبيان المعد حول القصة ؛ خاصة التساؤلين رقمى (١)، (٤) حيث يعكسان بشكل سافر إلى أى مدى تصطبغ إجاباتهما (أعنى الأنثتين) بصبغة رومانسية حالمة ، وتعكس توجهًا عاطفيًا ملحوظًا ، فقد جاءت إجابتهما عن السؤال رقم (١) الخاص بالعنوان المقترح للمقتطف كالتالى : « الحب هو سر الحياة واستمراريتها » (م٣) ، « ورود يانعة » ، « ندى على الغصون » (م٤) ، كما جاءت إجابتهما عن السؤال رقم (٤) (هل أنت معجب بالبطلة لأن عندها إرادة ، أم لأنها تبحث عن الحب) كالتالى : « الاثنين معًا ، الإرادة عنده ذات بعد كبير للنجاح فبحثها عن الحب معًا لأنه لولا الحب بحياتها لها استطاعت أن تستمر وتنجح » (م٣) ، «بطلة القصة عندها إرادة لذلك فهى تبحث عن الحب» (٤) ، ومع ذلك لا نستطيع اتخاذ ذلك قاعدة نحكم على أساسها على اتجاه استخدام العلاج بالقراءة مع الإناث فى مقابل الذكور ، فهذا يتطلب إفراد دراسة مستقلة تبحثه بشكل مستفيض .

أخيرًا يجمل بنا فى ختام هذا الجزء ذكر نص إحدى الحوارات النقاشية التى أجراها صاحب هذا العمل (ع) مع أحد[1] الأفراد الستة (م) عقب قراءته للجزء المقتطف من القصة ، حيث يراه حوارًا مثمرًا وذا دلالة :

ع : ما رأيك فى اللى أنت قرأته ؟

م : جميل .

ع : أيه الجميل اللى عجبك ؟

م : قدرة البنت العظيمة على فهم الأشياء ولمسها .

ع : ها ، وأيه كمان ؟

م : الخطأ فى التعبير عن الحب ، اللى هو زى الزهرة اللى أعطتها للمدرسة .

ع : طب تقدر تقولى الفكرة اللى فضلت فى دماغك دلوقتى بعد ما خلصت قراءة القصة دى .

(١) م٣ .

م : الجزء الخاص بالحب .

ع : ماله ؟ ، قولى وصلك يعنى إيه ، فهمت مثلاً المعنى اللى قالته البطلة عن الحب؟

م : فهمت أن الحب لا يلمس ، وأنه حاجة خفية فى القلب .

ع : ممكن تقول لى حاجات كده زى الحب اللى فهمته ، مش ممكن تتلمس بس تتحس ؟

م : الأخوة بين الأخوة ، حب الزوجة ، حب الصديق الحميم الأمين .

ع : دى كلها حاجات حلوة ما عندكش حاجات وحشة ؟

م : العداوة بين الأخ وأخوه ، المشاكل الزوجية مع الزوجة ، مشاكل الأصدقاء .

ع : طب مش ممكن الإرادة تبقى زى الحب برضه ؟ عارف الإرادة ؟ يعنى العزيمة ، العزم . . عارفها ؟

م : أيوه الإرادة شيء داخلى لا يلمس ولكنه شيء جميل .

ع : طب ادينى مثال على الإرادة . . أى مثال إن شاالله من عندك مريت به أو تعرف حاجة فيها إرادة يعنى ؟

م : خروجى من المستشفى .

ع : يعنى لما تخرج من المستشفى هتجيلك إرادة و، لا هيبقى عندك عزيمة ؟!!

م : لا . . . الإرادة أننى أخرج .

ع : بص يا (. . . اسم المشارك) فيه فرق بين الإرادة والعوزان يعنى مثلاً إنت عاوز تخرج من الباب ده (يشير الباحث إلى باب المكتب المغلق) ده اسمه عوزان لكن عشان تخرج فعلاً لازم يكون عندك إرادة وعزيمة تساعدك تضغط بقوة على أكرة الباب . . وتفتحه فهمتنى ؟

م : فهمت .

ع : طب بالنسبة لك فين الإرادة وفين العوزان ؟

م : العوزان إنى أخرج من المستشفى ، والإرادة أنى أنجح فى الاختبارات[1] وآخد العلاج .

---

(١) كان المشارك قد انتهى توًا من إجراء وكسلر لذكاء الراشدين ، قبل أن يشارك الباحث فى التجربة .

خاتمة الكتاب

النتائج العامة والتوصيات المقترحة

النتائج العامة والتوصيات المقترحة

فى ختام هذا العمل يجمل بنا بيان النتائج المستخلصة ، والتوصيات المقترحة التى تمثل خلاصة ما أمكن الخروج به من واقع التطبيق العملى .

النتائج العامة :

أولاً : على الرغم مما تمت ملاحظته من « تحسن » على أفراد العينة التى شملها برنامج تطبيق العلاج بالقراءة بمساراته الثلاثة ، وعلى الرغم من اتخاذ التدابير والاحتياطات لضبط المتغيرات الأخرى الداخلة فى المنظمة العلاجية ، مثل جرعات الدواء والنشاط والعلاج الجمعى والعلاج الفردى (من خلال مقابلات التتبع على الأقل) . . إلخ ، وغير ذلك من العلاج ، إلا أنه لا يمكن - رغم كل ذلك - أن نغزو التغييرات التى حدثت إلى عامل واحد وهو العلاج بالقراءة ، وهو يؤكد ضرورة ، بل حتمية تكامل العلاجات المختلفة لضمان فعالية التأثير .

ثانيًا :لوحظ أثناء مراحل التطبيق ، وحتى اكتمال إنجاز البرنامج ما يتميز به هذا المجتمع العلاجى - أعنى المستشفى موضع تطبيق البرنامج - بوجه خاص من وعى القائمين عليها وسمات وآليات وإمكانات تساعد على القيام بتجربة تطبيق برنامج العلاج بالقراءة ، ويبدو أن ذلك يثير قضية الوسط الأصلح للعلاج بالقراءة ، وهل تتساوى نتائجه فى مستشفى تقليدى ، أو على مستوى العيادة الخارجية ، مع نتائجه فى مستشفى المجتمع العلاجى (علاج الوسط) ، وهل تتساوى نتائجه عندما يمارس بجواره العلاج النفسى الفردى مقارنة بممارسته من خلال العلاج النفسى الجمعى . كل هذا يحتاج إلى فروض لاحقة وإبحاث واعدة .

ثالثًا : إن ظاهر التحسن الذى بدا فى إجابات المرضى عن أسئلة الاستبيانات فى المسارين الثانى والثالث من البرنامج ، أو الأسئلة البعدية فى حالة المسار الأول ، وإن كان يحقق بدرجة ما يطمح إليه صاحب هذا العمل ، وتأكد بشهادة الأطباء المعالجين ونتائج الاختبارات السيكومترية التى تجرى على المرضى بشكل دورى ، مما ينشر بأنه حال اتساع تطبيق مثل هذا البرنامج فسوف يمكن استثماره فى التخطيط لدور تخصص المكتبات والمعلومات فى مجال الصحة النفسية عامة ، والعلاج النفسى لمرضى الفصام على وجه الخصوص .

رغم كل ذلك فلا ينبغى الأخذ بهذا التحسن على إطلاقه واعتباره الدليل الأوحد ، ولا حتى الأرجح على نوع التحسن وعلاقته بتغيير الإطار المعرفى ، وإنما يحتاج الأمر إلى البحث وراء هذه الألفاظ الظاهرة من واقع متابعة السلوك بعد الخروج ، ليس فقط من حيث اختفاء الأعراض ، ولكن من حيث الأداء الواقعى فى الحياة (العمل ، الاستذكار) وأيضًا من حيث التكيف مع الأسرة أولاً ثم المجتمع الأقرب فالأبعد .

رابعًا : بافتراض إضافة العلاج بالقراءة بشكل خاص ، والعلاج المعرفى بوجه عام إلى أى علاج آخر ، فإن تقييم النتائج لابد أن تدخل فيه أبعاد أخرى غير اختفاء الأعراض ، والتكيف ، والإنجاز العام ، ومن هذه الأبعاد : (أ) تصحيح طريقة التفكير ، (ب) تولد علاقات جديدة بالكلمة عمومًا ، والكلمة المقروءة على وجه الخصوص ، (جـ) تحسن جرعة التفكير النقدى ، (د) وبدرجة آملة فعلاً : احتمال بزوغ ميول إبداعية فى أى مجال . كل ذلك يحتاج إلى التفكير فى مقاييس جديدة ومحكات غير تقليدية تقيس «نوعية الشفاء» من حيث استعادة المخ البشرى كفاءته ، بل وتفتح طاقاته وانطلاقه من خلال خبرة المريض ، إذا أضيف لها هذا البعد من العلاج بالمعرفة بشتى تجلياتها وأدواتها .

خامسًا : إن تشكيل برنامج العلاج المعرفى بشكل عام ، وتحديداً بالقراءة لكل مريض يحتاج إلى خبرة كلينيكية تقليدية ، بالإضافة إلى خبرة سيكوباثولوجية غائية بوجه خاص ، حيث يتطلب الأمر استخراج فروض من مستويات وعى أخرى نستنتجها

من لغة الأعراض ، ونترجمها إلى اللغة المعرفية المناسبة (كما حدث فى هذه الحالة الأولى المفردة) .

سادسًا :إن هذه الخبرة الكلينيكية السابقة الإشارة إليها ، تحتاج إلى مجتمع من المعالجين والأطباء يمارسون هم أنفسهم تحسين علاقتهم بالكلمة المقروءة ، ولعل هذا هو ما يفسر أن هذا المجتمع العلاجى الذى شهد عملية التطبيق يعقد ندوة ثقافية شهرية لنقاش كتاب منشور يعرف مقدمًا ويُقرأ ويُناقش فى الندوة ، ويكاد يكون حضور الأطباء تحت التدريب والمشاركين فى هذا المجتمع العلاجى إجبارياً لهذه الندوات ، ناهينا عن المكتبة الثرية التى تحتضنها المستشفى محل التطبيق ، وخصوصية الشخصية القائمة على أمر هذه المستشفى .

سابعًا :إن التجربة التى جرت مع المريض فى المسار الأول من البرنامج لم تغفل الجانب الدينامى ، لكنها لم تتوقف طويلاً عند تفسيرات التحليل النفسى التقليدى ، على الرغم من الإغراء اللحوح الذى كان يلوح باستمرار للتمادى فى تفسير الأعراض والحالة برمتها انطلاقًا من عقدة أوديب بالذات - لكن هذا لا يعنى إغفال عقدة أوديب أو التشكيك فى فرضيتها البالغة الأهمية ، لكن الأهم هو عدم التوقف عندها ، وعدم الاكتفاء بالبحث عن أصولها ، وإنما تجاوز هذا وذاك إلى عمق التركيب البشرى وضرورة التطورية والدور المعكوس للأم ، ثم تصحيح ذلك كله من خلال الإنارة المعرفية كما أشير سابقًا .

ثامنًا :إنه لابد من التفرقة بين « العلاج بالقراءة » وبين « تنمية القراءة » أو «التشجيع على القراءة» أو « الحماسة للقراءة » تمامًا مثلما يختلف « العلاج بالتنشيط البدنى » الذى يجرى فى هذا المجتمع العلاجى عن « مجرد ممارسة الرياضة فى ناد اجتماعى » ، حيث وجد الباحث مثلاً أن المرضى ينبه عليهم قبل البدء فى المباراة أنه لن يتم احتساب أى هدف يحرزه المريض منفردًا دون أن يحرص على تبادل الكرة مع زملائه فى الفريق ، كسبيل لإدراك الآخر والتواصل معه . كل ذلك يحتاج أيضًا قياسًا موازيًا ، ومقارنات تركيبية رصينة .

تاسعًا : إن تتبع أفراد العينة ممن شملتهم التجربة بالمقاييس المشار إليها فى « رابعًا » ينبغى أن يمتد عبر فترات زمنية طويلة (قد تبلغ عددًا من السنين) ، إذ يفترض أن بعض نتائج هذا العلاج قد تكون غائرة وكامنة ؛ بحيث يتأخر رصدها لمدد طويلة ، مثلما هو الحال فى معظم العلاجات الجادة التى تفترض تغيرًا فى الوعى ، وفى الموقف الوجودى وفى التركيب المعرفى منهجًا ومسارًا . يوجب ذلك ويفرض حتمية تلك الصعوبة التى عليها عملية التنبؤ بمسار الفصام ومآله ، والمشار إليها فى الفصل الخاص به .

عاشرًا : تأكد ما ألمحت إليه إلويز ريتشاردسون Eloise Richardson من أن الأفكار الشعرية يمكن أن تخدم كرسائل موجهة ، حيث تحمل بين طياتها كثيرًا من أمل البقاء والاستمرار فى الحياة للشخص اليائس المحزون فاقد الأمل فى غد أفضل ، وليس هناك من يطبق عليه كل هذا أكثر من المرضى النفسيين ؛ خاصة مرضى الفصام ، والذين أسفرت التجربة العملية على عينة منهم أن هناك شبه إجماع من جانب أفراد هذه العينة على الرضا التام عن عقد جلسات الشعر هذه وإدراكهم لجدواها والمردود الإيجابى لها على مستوى تحسن حالتهم المرضية .

حادى عشر : ينسحب الأمر أيضًا على المواد القرائية القصصية ، وتحديدًا التراجم التى تتناول السير الذاتية ، حيث أسفرت التجربة العملية على عينة مرضى الفصام أن قراءتهم قراءة واعية متعمقة لمقتطف من قصة حياة « هيلين كيلر » ، ساعدت بدرجة ما على التوحد معها فى تحدى الإعاقة وتحقيق الذات وهو ما يمثل تأثرهم بما قرءوا (تقمص) ، واستثارته لدافعيتهم حتى ولو كان ذلك على المستوى اللفظى ، فمن المؤكد أن التلفظ فى حد ذاته بشيء يعكس وجود هذا الشيء فى بؤرة الشعور أو على الأقل استحضاره فيها .

ثانى عشر : إنه لا يوجد تعارض أو تناقض بين العلاج بالقراءة والعلاج بالعقاقير وتحديدًا المهدئات العظمى (النيورولبتات Neuroleptics) ، أو حتى جلسات تنظيم إيقاع الدماغ (أو ما كان يسمى بالصدمات الكهربائية) ، إلا أن ذلك يحتاج إلى افتراض أن هذه العلاجات تتكامل وتتبادل طرديًا وعكسيًا حسب مرحلة المرض ومرحلة العلاج ،

وقد لاحظ الباحث والطبيب (المشرف المشارك على الرسالة) أن المريض المشارك فى المسار الأول من البرنامج أصبح يحتاج جرعات أقل فأقل من النيورولبتات ، مع اضطراد التقدم فى العلاج بالقراءة .

وهذا هو ما يحدث فى سائر العلاجات التكاملية ؛ خاصة وأنه قد ثبت بالتجربة العملية أن ثمة تناسبًا عكسيًا بين التقدم فى العلاج الجمعى وحجم جرعات النيوروليبتات المعطاة، كذلك هناك ثمة تناسب عكسى بيم العلاج التنشيطى (الملعب، والرحلات . . . إلخ) المتبع فى هذا المجتمع العلاجى والعلاج بالنيورولبتات(1) .

وأخيراً : يمكن القول بأن أزمة المرض النفسى تكاد تكون تعرية صارخة فى نموذج مصغر لأزمة الإنسان المعاصر ، وبالتالى فيمكن أن نفترض - من خلال هذه التجربة المتواضعة - إلى أى مدى نحن فى حاجة ماسة إلى مزيد من التكامل حتى ننجح فى تجاوز الاستغراق فى الاختزال والاغتراب والتجزئ وكلها تهدد مسار تطور الإنسان بشكل أو بآخر .

التوصيات :

تأسيسًا على ما تمخض عنه التطبيق العملى من نتائج ، يمكن طرح التوصيات المقترحة على النحو التالى :

(أ) توصيات خاصة (تنصب أساسًا على برنامج العلاج بالقراءة الذى تم تطبيقه) :

١ - نقطة البداية لتصميم أى برنامج للعلاج بالقراءة تنطلق من الأفراد المستهدفين به ، فهم الذين يحددون طبيعة المحتوى (سواء من حيث الشكل أو النوع) ، وأسلوب التطبيق ، والفترة الزمنية ، وطريقة التقييم ، وإن اتُّفق مسبقًا على الهدف المراد تحقيقه إزاءهم ، وهو الأمر الذى لا خلاف عليه على صعيد المجال الطبى برمته ، « فمن المعروف منذ أمد طويل أن الأطباء يمكن أن يحققوا نتائج علاجية مختلفة تمامًا ، وذلك على الرغم من أنهم يستخدمون العقار نفسه the same drug لنوعية المريض نفسها

(1) Yehia T. El Rakhawy (1994) Psychopharmacology and Psychotherapy: Complementary Use in Intensive Group Therapy. Egyptian Journal of Psychiatry, Vol. 17, no. 2 (July 1994) p. 7.

the same kind of patient[1] ، ومن هنا يمكن القول أن على المهتمين بمجال المكتبات التركيز بشكل أكبر على تعرف احتياجات الأفراد المستهدفين بالبرنامج بالقدر نفسه من الاهتمام بالمجموعات والعمليات الفنية .

٢ - ضرورة بناء علاقة وثيقة يسودها الود والثقة فيما بين الشخص الذى يقوم بتطبيق البرنامج من جهة والمستهدفين به من جهة أخرى أولاً قبل الشروع فى تطبيق البرنامج ، وهو ما يؤكده البعض صراحة قائلين : « بديهى أن المريض لن يتقبل المساعدة ، إلا عندما يكون فى علاقة بين شخصية طيبة مع المعالج »[٢] ، و « أن العلاقة بين المريض والمعالج هى الأساس ، أما الاتجاه من تلقائية أو حيادية أو توجيهية ، وأما الفنيات من استبصار أو تعديل بالتشريطات[٣] للسلوك ، أو تعديل للبيئة ، فكلها أدوات

(1) Meyer, V. and Chesser E. (1970) Behaviour Therapy in Clinical Psychiatry. London: Cox & Wyman Ltd., 1970.

نقلاً عن :

- حسام الدين عزب (١٩٨١) العلاج السلوكى الحديث : تعديل السلوك : أسسه النظرية ، وتطبيقاته العلاجية والتربوية . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٨١ . ص ٢٥٦ .

(٢) المرجع نفسه . ص ٢٥٥ .

(٣) « التشريط أو الإشراط Conditioning » : هو عملية تعلم تنتج عن ارتباط مثير مصطنع بمثير طبيعى ؛ بحيث يؤدى هذا الارتباط إلى أن يستثير المثير المصطنع السلوك نفسه الذى يثيره المثير الطبيعى . والنموذج المبسط للتشريط هو عملية التعلم التى كان يحدثها العالم الروسى بافلوف Pavlov فى بداية القرن العشرين فى تجاربه على الكلب ، حيث كان يدق جرسًا قبل تقديم الطعام مباشرة للكلب ، فإذا بالكلب بعد تكرار التجربة يستجيب للجرس بإفراز اللعاب بمجرد سماعه ، وقبل أن يقدم له الطعام ، فكأن الكلب هنا قد قام بعملية تعلم ربط فيها بين الجرس والطعام ، فأصبح الجرس هنا (المثير المصطنع أو الشرطى) قادراً على أن يستثير السلوك الذى يستثيره المثير الطبيعى (الطعام) وهو سلوك إفراز اللعاب ، والربط هنا بين دق الجرس وتقديم الطعام هو شرط هذا التعلم .

وقد بنيت على هذه الظاهرة نظرية تقليدية فى التعلم ، هى التعلم الشرطى Learning by Conditioning أى التعلم باستخدام التشريط . كما أن المدرسة السلوكية فى علم النفي قد استفادت من مبادئ التشريط وقوانينه كثيراً فى بلورة نظريتها وإقامتها وتدعيمها .

المصدر :

- فرج عبد القادر طه (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى . مرجع سابق . ص٢٠٣ .

يمكن للمعالج أن يستعين بها تبعًا للموقف العلاجى ، وهكذا نكون قد بلغنا إلى النمط الكيفى الواحد الذى يعتبر كل العلاجات النفسية مجرد تشكيلة تباينات له ، والانتظام الرئيسى لهذا النمط الكيفى يقوم على علاقة المعالج بالمريض »(١) .

٣ – مع التسليم بأن أنجح برنامج للعلاج بالقراءة هو ذلك الذى تتسع قاعدة تطبيقه يومًا بعد يوم ، إلا أن هذا لا يتعارض مع مسلمة أن لكل برنامج خصوصيته من حيث : الهدف ، والمحتوى ، والأفراد المستهدفين ، وأسلوب التطبيق ، وطريقة التقييم ، وهو ما أكدته عمليّاً منذ أكثر من ثلاثين عامًا « إلويز ريتشاردسون Eloise Richardson » أمينة مكتبة مستشفى ولاية ميرلاند فى برنامجها للعلاج بالشعر وهو : أنه من الطبيعى ألا يتفق اثنان من المعالجين بالشعر على أسلوب العمل أو الخطوات التى يقوم بها كل منهما ، حيث يتدخل فى تحديد ذلك عوامل شتى مثل : طبيعة المرضى ، نوعية الشعر ، الهدف من العلاج . . . وغير ذلك(٢) .

٤ – كلما اقتربت المواد المستخدمة ضمن برنامج العلاج بالقراءة من طبيعة وديناميات ومشكلات الأفراد المستهدفين به ، سواء من حيث الظروف الخاصة أو القدرات الشخصية ، ساعد ذلك أكثر على تفعيله وإنجاحه .

٥ – إدارة عملية تقديم المواد المستخدمة ، ضمن برنامج العلاج بالقراءة ، وإجراء المناقشات حولها أثناء وبعد عرضها ، فن فى الأساس يخالطه كثير من العلم وأى ضعف فى جانب من الجانبين يقضى على البرنامج حتى قبل أن يبدأ .

٦ – للظروف البيئية المحيطة بتطبيق البرنامج أبلغ الأثر فى إنجاحه ، فالتحسن ما هو إلا ناتج تداخل المتغيرات المختلفة المؤثرة فى المريض وتفاعلها معًا ، ومن ثم فمن

(١) صلاح مخيمر (١٩٧٧) تناول جديد فى تصنيف الأعصبة والعلاجات النفسية . القاهرة : مكتبة الأنجلو . ص ٣٠ .

كما ورد فى :

– حسام الدين عزب (١٩٨١) العلاج السلوكى الحديث . مرجع سابق . ص ٢٥٧ .

(٢) شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق . ص ٤٩٨ .

الصعوبة بمكان أن نعزو أى تحسن إلى متغير أو عامل بعينه منعزلاً عن بقية العوامل ، بل لا نجافى الحقيقة كثيراً إذا جرفنا القول بأن حتى الابتسامة الصغيرة من فم رجل الأمن ، والإشراقة التى تعلو وجه الممرضة (حتى ولو كانت مقصودة ، لكنها بالضرورة ليست مصطنعة) ، وتربيتة يد الطبيب أو الأخصائى النفسى على كتف المريض . . . إلخ كل ذلك جميعًا ، ينبغى حسابه ضمن العوامل أو المتغيرات التى تدخل ضمن معادلة التحسن التى يهدف إلى تحقيقها .

٧ - تركيز مطبق البرنامج على أداء ما عليه على أكمل وجه ، وحرصه على أن يسير البرنامج وفق الخطوات المرسومة له دون أن يلتفت لما قد يبديه الأفراد المستهدفون من ملحوظات أو انطباعات حتى وإن كانت تبدو صغيرة أو تافهة هو بداية سقوطه فى هوة سحيقة تأخذه بعيداً عن تحقيق الهدف .

(ب) توصيات عامة (تنسحب على مجال العلاج بالقراءة ككل فى مصر) :

١ - إنشاء جمعية مصرية للعلاج بالقراءة - جمعية Egyptian Association for Bibliotherapy - EAB تتولى مسئولية التعريف بالعلاج بالقراءة ونشره على نطاق واسع، وتنمية البحوث والدراسات حوله ، واعتماد شهادات الإجازة لمن يرغبون فى العمل بالعلاج بالقراءة من خلال عقد المؤتمرات السنوية وحلقات النقاش والدورات التدريبية ، وإصدار النشرات والدوريات المتخصصة فى العلاج بالقراءة سواء فى شكل ورقى مطبوع أو إلكترونى .

٢ - أن تعمل هذه الجمعية على توطيد أواصر التعاون فيما بينها وبين المنظمات الدولية والإقليمية ، وكذا المؤسسات والهيئات الحكومية وغير الحكومية والوزارات والجامعات التى فى استطاعتها الإسهام فى تطوير العلاج بالقراءة ، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر : لجنة العلاج بالقراءة Bibliotherapy Committee بقسم المستشفيات Hospital Division of the American Library Association بجمعية المكتبات الأمريكية ALA ، والجمعية القومية للمعالجين بالشعر National Association of Poetry Therapy - NAPT، وأقسام المكتبات والمعلومات والوثائق بالجامعات المصرية ،

والجمعية المصرية للمكتبات والمعلومات ، ووزارات الصحة والتعليم العالى والثقافة والجمعيات الأهلية والمهنية العاملة فى مجال اهتمام وتخصص كل وزارة من هذه الوزارات الثلاث ، وأقسام علم النفس والطب النفسى بالكليات المختلفة بالجامعات المصرية .

٣ - ضرورة ألا يقتصر مفهوم العلاج بالقراءة وتعريفه على مواد قرائية بعينها أو أسلوب أو قالب واحد لتقديم هذه المواد ، بل لابد وأن يتسع ليشمل مختلف مواد المعلومات وقوالب وأساليب عدة لتقديمها ، وفى إطار ذلك يوصى بتبنى التعريف الإجرائى التالى للعلاج بالقراءة :

« عملية يتم فيها استخدام مختلف أنماط النتاج الفكرى أياً كان الشكل المادى الذى صب فيه ، ثم إقامة حوار ونقاش حول هذا النتاج ، بشكل منهجى منظم ضمن برنامج علاجى تدعيمى تأهيلى سابق الإعداد ، يهدف إلى مساعدة فرد بعينه أو مجموعة أفراد فى التغلب على ما يعانونه من مشكلات نفسية أو بدنية أو اجتماعية . . . إلخ ، من خلال تبصيرهم بأبعاد تلك المشكلات كخطوة أولى نحو حلها أو على الأقل التعايش معها ، وهو إما أن يكون مؤسسياً أو كلينيكياً أو تنموياً » .

٤ - تدريس « العلاج بالقراءة » كجزء من أحد المقررات الملائمة ، حتى يتيسر جعله مقرراً قائماً بذاته ضمن المقررات الدراسية التى تدرس للطلاب بأقسام المكتبات والمعلومات فى مصر كخطوة أولى نحو إعداد جيل من المكتبيين وأخصائيى المعلومات قادر على المشاركة بفعالية ضمن فريق العمل المنوط بإدارة وتنفيذ برامج العلاج بالقراءة .

٥ - أن يشتمل مقرر تدريس العلاج بالقراءة ، حال إقراره والموافقة عليه من حيث المبدأ فى مدارس وأقسام المكتبات والمعلومات ، على فئتين من المواد الدراسية أو المقررات متفاوتتين من حيث درجة العمق والتخصص ، **الفئة الأولى** : مقررات أساسية تضم : أسس الطب النفسى بفروعه ؛ خاصة مبادئ التشخيص والتأهيل ، أسس علم النفس بفروعه ؛ خاصة علم نفس القراءة وعلم النفس الكلينيكى والدافعية ، علم الاجتماع ، الإحصاء ، الأدب ونقده ، الخدمات المكتبية ؛ خاصة خدمتى الإرشاد القرائى والمراجع .

والفئة الثانية : مقررات مساندة : كالحاسب الآلى ، علم الأحياء [وظائف الأعضاء والتشريح] ، العلاج الجمعى والفردى وإدارة النقاش ، الاهتمام بالمظهر الشخصى ، منهج تحليل المحتوى ، مهارات كتابة التقارير والتلخيص والاستخلاص والاختزال .

على أن يسير تدريس هذه المقررات جنبًا إلى جنب مع المقررات المتعارف عليها فى مدارس وأقسام المكتبات والمعلومات المختلفة ، وأن يتم تدريس الموضوعات غير المكتبية سواء أكانت أساسية أو مساندة باتفاق تعاونى منسق بين مدارس المكتبات والمعلومات والكليات والأقسام العلمية الأخرى مثل : علم النفس ، والاجتماع ، والتربية ، والطب النفسى .

٦ - مع استقرار تدريس الموضوعات الفرعية المتعلقة بمقرر العلاج بالقراءة فى مدارس وأقسام المكتبات والمعلومات يمكن إفراد شعبة مستقلة لمن يريدون التخصص فى مجال العلاج بالقراءة ينضوى تحت مظلتها ثلاثة أنماط من الدراسة تمثل كل منها نوعًا من الأنواع الثلاثة للعلاج بالقراءة : العلاج بالقراءة المؤسسى ، العلاج بالقراءة الكلينيكى ، العلاج بالقراءة التنموى .

٧ - ضرورة ألا يصرح للخريج بممارسة العلاج بالقراءة - وكما هو معمول به فى الخارج - إلا بعد أن يمضى عامين كاملين من الممارسة العملية فى المكتبات العامة أو مكتبات المستشفيات تحت إشراف خبير فى العلاج بالقراءة معتمد ومتمرس فى المجال منذ عشر سنوات على الأقل ، يعطيه بعدها إجازة عبارة عن تقرير مفصل عن أدائه طيلة العامين يقدمه الدارس مرفق معه شهادات اجتيازه لدورات تدريبية متخصصة فى العلاج بالقراءة والخدمة المكتبية للجمعية المهنية المسئولة عن مجال العلاج بالقراءة فى الدولة لتعقد له امتحانًا نهائيًا بالتعاون مع مدرسة أو قسم المكتبات والمعلومات فى الدولة نفسها ؛ بهدف استجلاء مدى تمكنه من أدوات مهنة العلاج بالقراءة ، ويستطيع باجتيازه لهذا الامتحان الحصول على شهادة معتمدة Credit Certification تمكنه من العمل كمعالج بالقراءة فى أماكن عدة مثل : مكتبات المستشفيات أو المدارس ، قسم الأطفال أو الشباب أو كبار السن بإحدى المكتبات العامة الكبرى ، مكتبات السجون ودور رعاية المسنين .

٨ - دعوة كافة الكُتَّاب والأدباء والمفكرين إلى تقديم أعمال أدبية عبر قنوات النشر والإعلام المختلفة تصلح لاستخدامها فى العلاج بالقراءة ؛ خاصة بعد التحول الذى يشهده هذا المجال من مجرد استخدام أعمال موجودة سابقًا وتجريب تأثيرها وإمكانية الاعتماد عليها فى العلاج بالقراءة إلى تأليف وإنتاج أعمال معدة عن عمد لعلاج أنماط معينة من المشكلات والأمراض فيما يمكن أن يطلق عليه اسم « الإنتاج الفكرى المعالج Bibliotherapeutic Literature » و « المؤلفون المعالجون بالقراءة أو ما يمكن تسميتهم بـ « الكُتَّاب العلاقرائيون أو الببليوثرابيون Bibliotherapeutic Writers » إن جاز هذا المصطلح وإنشاء الجمعيات التى تضمهم وترعاهم وتتيح تفريخ وتنمية كوادر جديدة منهم ، وهو ما يمثل خطوة على طريق إرساء قواعد علم للعلاج بالقراءة ، عربى الفكر والممارسة .

٩ - إعداد المزيد من الدراسات الأكاديمية التطبيقية التى تبحث وتنقب عن درر وعيون النتاج الفكرى العربى الخالص بمختلف أنواعه والأشكال ، والذى يمكن استثماره فى برامج العلاج بالقراءة بأنواعه المختلفة ، والذى يوجه إلى حل مشكلات نفسية اجتماعية محددة ، كخطوة أولى على طريق تأسيس نظرية عربية خالصة للعلاج بالقراءة .

١٠ - إعداد المزيد من الدراسات الأكاديمية التطبيقية التى تتناول بالبحث الفئات العامة والمتخصصة من المشكلات النفسية والاجتماعية المرتبطة بمجتمعنا العربى فى الأساس من منظور العلاج بالقراءة ؛ للوقوف على الملامح العامة لأنماط القراءات الملائمة لكل فئة من هذه المشكلات ، حتى يتسنى لنا فى النهاية الخروج بمصفوفة قرائية Reading Metrix تصطف على أحد جانبيها المشكلات ، وفى مقابل كل مشكلة القراءات الملائمة التى اختبر فعليّاً صدق تأثيرها فى الفرد ، ومساعدته على التغلب عليها ، أو فى أسوأ الظروف التعايش معها بأقل قدر من المعاناة .

١١ - إعداد المزيد من الدراسات الأكاديمية والتطبيقية حول العلاج بالقراءة بشكل عام ، على اختلاف محكات تصنيف فئاته النوعية ، من منظور محك الجنس (الذكور فى مقابل الإناث) .

١٢ - استثمار ما تمخضت عنه الدراسات ، التى تتصدى للعلاج بالقراءة ، فى التخطيط لإنشاء مكتبات بمستشفيات الصحة النفسية موجهة فى الأساس لخدمة المرضى، وتتم فى هذه الفئة الخاصة والمتميزة من المكتبات الوظائف الثلاث الرئيسة من : بناء وتنمية للمقتنيات ، ومعالجة فنية لأوعية المعلومات ، وخدمات مكتبية ، فى ضوء الخطوط العريضة للعلاج بالقراءة ، ويقوم عليها أمناء مكتبات ذوو كفاءة وعلى دراية كبيرة بتخصص المكتبات والمعلومات من جهة ، وطرق فنية (تكنيكات) ومهارات الطب النفسى وعلم النفس من جهة أخرى .

١٣ - بعث وإحياء الاهتمام بدراسات علم نفس الكتاب الذى يركز على دراسة التأثير المتبادل بين القارئ والكتاب ، والذى وضع أسسه العالم نيقولاس روباكين منذ أوائل القرن العشرين ، مع توجيه جل الاهتمام صوب تطوير مناهج وطرائق البحث فيه ؛ خاصة تلك التى تتمخض عنها نتائج كمية قابلة للقياس .

قائمة المصادر



قائمة المصادر

أولاً : المصادر العربية :

١ - أحمد بدر (١٩٩٣) : الببليوثيرابيقا ، أو العلاج بالكتاب والقراءة . عالم الكتب ، مج ١٤ ، ع٦ (نوفمبر - ديسمبر ١٩٩٣) .

٢ - أحمد بدر (١٩٩٦) : علم المعلومات والمكتبات ، دراسة فى النظرية والارتباطات الموضوعية . القاهرة . دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، ١٩٩٦ .

٣ - أحمد حسين (١٩٩٩) مقتطفات علمية . الإنسان والتطور . س٢٠ ، ع٦٤ (يناير - فبراير - مارس ١٩٩٩) .

٤ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسى المعاصر . القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٩٨ .

٥ - أحمد محمد الشامى ، وسيد حسب الله (١٩٨٨) المعجم الموسوعى لمصطلحات المكتبات والمعلومات = Encyclopedic Dictionary of Library and Information Science Terms . الرياض . دار المريخ ، ١٩٨٨ .

٦ - أحمد محمد الشامى ، وسيد حسب الله (٢٠٠١) الموسوعة العربية لمصطلحات علوم المكتبات والمعلومات والحاسبات = Arabic Encyclopedia of Library, Information and Computer Terms . القاهرة : المكتبة الأكاديمية ، ٢٠٠١ .

٧ - أريتى ، سيلفانو (١٩٩١) الفصامى : كيف نفهمه ونساعده : دليل للأسرة والأصدقاء / ترجمة عاطف أحمد . الكويت . المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب ، ١٩٩١ . (عالم المعرفة ؛ ١٥٦) .

٨ - آمال عبد القادر شومان (١٩٨٤) القدرات العقلية الأولية عند فئات من المرضى الذهانيين . أطروحة ماجستير ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٨٤ .

٩ - جمعة سيد يوسف (١٩٨٧) بعض جوانب السلوك اللغوى لدى مرضى الفصام . أطروحة دكتوراه ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٨٧ .

١٠ - الجمعية المصرية للطب النفسى (١٩٧٩) دليل تشخيص الأمراض النفسية . القاهرة : الجمعية المصرية للطب النفسى ، ١٩٧٩ .

١١ - حسام الدين عزب (١٩٨١) العلاج السلوكى الحديث : تعديل السلوك : أسسه النظرية ، وتطبيقاته العلاجية والتربوية . القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٨١ .

١٢ - حسن آل حمادة (٢٠٠٢) العلاج بالقراءة فى الأدب العربى . الفيصل . ع ٣١٠ (يونيو/ يوليو ٢٠٠٢) .

١٣ - حسن سعيد الكرمى (١٩٨٧) المغنى الأكبر : معجم اللغة الإنكليزية الكلاسيكية والمعاصرة والحديثة . بيروت . مكتبة لبنان ، ١٩٨٧ .

١٤ - رجاء محمود أبو علام (١٩٩٩) مناهج البحث فى العلوم النفسية والتربوية . القاهرة . دار النشر للجامعات ، ١٩٩٩ .

١٥ - رفعت محمود ومحمد حسيب (١٩٨٠) العمل العلاجى الجماعى . . الإنسان والتطور . س١ ، ع٤ (أكتوبر ١٩٨٠) .

١٦ - سليم حسن (٢٠٠٠) موسوعة مصر القديمة . الجزء الأول : فى عصر ما قبل التاريخ إلى نهاية العصر الأهناسى . القاهرة . الهيئة المصرية العامة للكتاب . (مهرجان القراءة للجميع . مكتبة الأسرة) .

١٧ - سهير عبد المجيد الغباش (١٩٨٠) التمييز بين مرضى الفصام المزمن والفئات الكلينيكية الأخرى فى الأداء على اختبارات الحساسية للمشكلات ذات الطابع الأدائى الشكل . أطروحة ماجستير ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٨٤ .

١٨ - سورينا ، جان شارك (٢٠٠٢) تاريخ الطب : من فن المداوة إلى علم التشخيص ؛ ترجمة إبراهيم البجلاتى . الكويت . المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب ، (علم المعرفة ؛ ٢٨١) .

١٩ - سيد الرفاعى (٢٠٠٠) تجربة استخدام الشعر حفظًا وأداءً فى علاج المرضى النفسيين فى مجتمع علاجى . [القاهرة] : د. ن، ٢٠٠٠ . [بحث غير منشور] .

٢٠ - سيد الريس (٢٠٠٢) الوسواس له علاج . القاهرة . دار أخبار اليوم ، ٢٠٠٢ .

٢١ - شعبان عبد العزيز خليفة (٢٠٠٠) العلاج بالقراءة ، أو الببليوثرابيا ، وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . القاهرة . الدار المصرية اللبنانية ، ٢٠٠٠ .

٢٢ - صفوت أرنست فرج (١٩٧١) القدرات الإبداعية والمرض العقلى : دراسة للأداء الإبداعى لدى الفصاميين . أطروحة ماجستير ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٧١ .

٢٣ - صلاح جاهين (١٩٩٦) رباعيات صلاح جاهين ؛ تقديم يحيى حقى . القاهرة . الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١٩٩٦ .

٢٤ - طه رامز (٢٠٠١) العلاج النفسى بالقرآن وكيفية استخدامه مع الأدوية النفسية ؟ : تخليص العلاج بالقرآن من براثن الدجل والشعوذة . القاهرة : دار أخبار اليوم ، ٢٠٠١ .

٢٥ - عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث : أساليبه وميادين تطبيقه . القاهرة . دار الفجر للنشر والتوزيع ، ١٩٩٤ .

٢٦ - عبد المنعم الحفنى (١٩٩٢) الموسوعة النفسية الجنسية . القاهرة . مكتبة مدبولى ، ١٩٩٢ .

٢٧ - علاء الدين كفافى (١٩٩٩) الإرشاد والعلاج النفسى الأسرى : المنظور النسقى الاتصالى . القاهرة . دار الفكر العربى ، ١٩٩٩ .

٢٨ - عماد حمدى عز (١٩٧٨) العلاج الجمعى : دراسة دينامية لاتجاه مصرى، إشراف وتقديم يحيى الرخاوى . القاهرة . دار الغد للثقافة والنشر ، ١٩٧٨ .

٢٩ - فرج عبد القادر طه (وآخ) (١٩٩٣) موسوعة علم النفس والتحليل النفسى . القاهرة . دار سعاد الصباح ، ١٩٩٣ .

٣٠ - الفيروزآبادى ، مجد الدين محمد بن يعقوب (١٩٨٧) القاموس المحيط . ط٢ . بيروت : مؤسسة الرسالة ، ١٩٨٧ .

٣١ - كيلاج ، جانسن (١٩٩٠) العلاج الإكلينيكى للفصام . بيرسى ، بلغاريا : جاردينر كالدويل .

٣٢ - ماجدة حامد محمد حماد (١٩٨٤) أداء الفصاميين على اختبارات الذاكرة طويلة المدى . أطروحة دكتوراه ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٨٤ .

٣٣ - محمد أمين البنهاوى (١٩٨٤) العلاج بالقراءة فى : عالم الكتب والقراءة والمكتبات / . ط مراجعة . القاهرة . العربى للنشر والتوزيع ، ١٩٨٤ .

٣٤ - محمد نجيب أحمد محمود الصبوة (١٩٨٧) سرعة الإدراك البصرى لدى الفصاميين والأسوياء . أطروحة دكتوراه ، كلية الآداب - جامعة القاهرة ، ١٩٨٧ .

٣٥ - ملاك جرجس (١٩٥٩) المكتبة تسهم فى علاج الأمراض النفسية والعقلية . عالم المكتبات ، س١ ، ع٤ (مايو - يونية ١٩٥٩) .

٣٦ - ملاك جرجس (١٩٥٩) العلاج بالكتب . . وعلم وفن . عالم المكتبات ، س١ ، ع٥ (يوليو - أغسطس ١٩٥٩) .

٣٧ - منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض ICD/10 : تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية : الأوصاف السريرية (الكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية / منظمة الصحة العالمية ؛ ترجمة وحدة الطب النفسى ، كلية الطب ، جامعة عين شمس . القاهرة : الوحدة ، ١٩٩٩ .

٣٨ - يحيى الرخاوى (١٩٧٨) مقدمة فى العلاج الجمعى : عن البحث فى النفس والحياة . القاهرة . دار الغد للثقافة والنشر ، ١٩٧٨ .

٣٩ - يحيى الرخاوى (١٩٧٩) دراسة فى علم السيكوباثولوجى (شرح : سر اللعبة) . القاهرة . جمعية الطب النفسى التطورى ، ١٩٧٩ .

٤٠ - يحيى الرخاوى (١٩٨٢) صدمة بالكهرباء . . أم ضبط للإيقاع . الإنسان والتطور . س٣ ، ع٢ (إبريل ١٩٨٢) .

٤١ - يحيى الرخاوى (١٩٩٨) الفصام : إعادة قراءة فى مصطلح قديم . الإنسان والتطور . س١٩ ، ع٦٢ (يوليو - أغسطس - سبتمبر ١٩٩٨) .

٤٢ - يحيى الرخاوى (٢٠٠٠) رباعيات ورباعيات : صلاح جاهين ، عمر الخيام ، نجيب سرور . القاهرة . مركز المحروسة ، ٢٠٠٠ .

ثانيًا: المصادر الأجنبية:

1 - Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis. 4thed. Cairo: Madbouli Bookshop, 1994. 986 p.

2 - Abdel Monem Alhefnee (1994) Encyclopedia of Psychiatry. 2thed. Cairo: Madbouli Bookshop, 1995. 1432 p.

3 - Additional Hypertex Webster Gateway Lookup. http://work.ucsd.edu:5141/ cgibinhttp- webster? schizophrenia & method = exact & insidex = hebephrenic & db (Cited 30/4/2001).

4 - Aiex, Nola Kortner (1998) Bibliotherapy. http://www.indiana. edu/~eric-rec/ieo/digests/d82.html (Cited 8/8/1998).

5 - American Psychiatric Association (1994) Diagnostic Criteria from DSM-IVTM. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. 358 p.

6 - American Psychiatry Association (1997) The Practice Guide for the Treatment of Patients with Schizophrenia. http://www.schizophrenia.com/ newsletter/497/497 apa.html (Cited 10/5/2001).

7 - Bibliotherapy. http://www.scs-scc.gc.ca/crd/litrev/lit3e.html (Cited 30/8/1998).

8 - Bubbling Spring Holistic Center (1997) Get Advica for selecting the right Health or Nutrition Book for You. http://www. bubblingspring. com/html/gobibliotherapy. html (Cited 1/1/1997).

9 - Chicken Soup Entertprises (2001) The History of Chicken Soup for the Soul: About Us. http://www.Chickensoup.com/About%2oUs/Bwgan.html (Cited 22/11/2001).

10 - Chovil, Ian (2000) The Experience of Shizophrenua. http://www.chovil.com/first. html (Cited 20/11/2000).

11 - Comprahensive Textbook of Psychiatry (1985) Edited by Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. The Williams & Wilkins Company, 1985. 2129 p.

12 - Cookson, R. F. (2000) Cost of Schizophrenia in UK. http:www.futur.com/ webtrack/ default.asp? yearissue.html (Cited 18/11/2001).

13 - Corsini. Raymond J. (1994) Encyclopedia of Psychology. 2nded. New York, John Wiley & Sons, 1994.

14 - Definition of Bibliotherapy. http://ruby.cqu.au/faculty/education/biblio/definit.html (Cited 4/2/1999).

15 - Doll, Beth and Carol Doll (1997) Bibliotherapy with Young People: Librarian and Mental Health Working Together. Colorado: Libraries Unlimited, 1997. 124 p.

16 - Elser, Helen (1982) Bibliotherapy in Practice. Library Trends, Vol. 30, no. 4 (Spring 1982) pp. 547 - 695.

17 - Feather, John & Paul Sturges (edts.) (1997) International Encyclopedia of Information and Library Science. New York: Routledge, 1997.

18 - Glossary of Mental Health Terms (1997) http://www.mirconnect.com/glossary/ Poetrytherapy. html (Cited 9/2/1997).

19 - Goldenson, Robert M. (1948) Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry. New York: Longman, 1984.

20 - Gonzalez, John (2001) Therapies Can Jump Start Youe Life. Http://www.namiscc. org. index.html (Cited 7/5/2001).

21 - Hung, Milton P. (2000) Presence in Virtual Reality In: The Fifth Annual Meeting of the Psychiatric Society for Informatics. Chicafo, Illinios. http://www.Psychinformatics.org/mtg/2000/index.html (Sited 6/4/2000).

22 - Jackson, Evalene. (1962) Bibliotherapy and reading Guidance: A tentative Approach to Theory.- Library Trends, Vol. 11, no. 2 (October 1962) pp. 118 - 126.

23 - Kinney, Margaret M. (1962) The Bibliotherapy Program: Requirements for Training. In: Library Trends, Vol. 11, no. 2 (October 1962(pp. 127 - 135.

24 - Long, Philip W. (1997) Internet Mental Health: Schizophrenia: Understanding The Disease. http://www.mentalhealth.com/book/p40-sc05.html (Cited 23/4/2001).

25 - Medical Dictionary (2001) http://www.Medterms.com/script/main/art.asp? articlekey.html (Cited 21/06/2001).

26 - Mona El Rakhawy (1991) Psychotherapy for Schizophrenics: A Theoretical Review. Master Thesis. Faculty of Medicine - Cairo University, 1991. 211 p.

27 - Morris, William (1973) The Hearitage Illustrated Dictionary of the English Language. New York: American Heritage Publishing co., inc., 1973.

28 - The National Association for Poetry Therapy (2001) http://www.poetrytherapy.org/ main. html (Cited 21/11/2001).

29 - New International Webster's: Comprehensive Dictionary of English Language.- Deluxe Encyclopedia ed.- Florida: Trident Press International, 1998. 1895 p.

30 - Nidus Information Service (2000) Schizophrenia: Your Comlete Well-Connected Guide.http://www.shizophrenia.mentalhelp.net/schizophrenia/schizotoc.htm (Citet 8/5/2001).

31 - The Oxford English Dictionary: A new English dictionary on historical principles (1970) Oxford: The Clarendon press. 1970.

32 - The Oxford English Dictionary (1989)/ Prepared by J. A. Simpson and E. S. C. 2nd ed. Weinter. Oxford: Carendson Press, 1989. 20 vols. (832+143 p.).

33 - Pardeck, John T. (1998) Using Books in Clinical Social Work Practice: A Guide to Bibliotherapy.- New York: The Haworth Press, 1998. 158 p.

34 - Shaban A. Khalifa (1991) Al- benhawy Glossary of Library and Information Science Terms. Memorial Eddition. Cairo: Al- arabi, 1991.

35 - Shulman, Bernard H. (1968) Essays in Shizophrenia. The Williams & Wilkins Company, 1968. 206 p.

36 - Smith, Alice Gullen. (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy: A State of the Art, In: Advances in Library Administration and Organization.- Vol. 0, 1991.- pp. 29 - 56.

37 - Suggested Books for Bibliotherapy (1997) http://www.netscope.net/~gkcruey/ btchart. html (Cited 4/9/1998).

38 - Tews, Ruth M. (1962) Introduction.- Library Trends.- Library Trends, Vol. 11, no.2 (October 1962) pp. 97- 105.

39 - Tews, Ruth M. (1986) Bibliotherapy In: Encyclopedia of Library and Information Science/Edhted by Alen Kent, Harold Lancour. New York: Dekker, 1986. vol.2. pp. 448 - 457.

40 - Thornton, John F. (1997) Schizophrenia: Rehabilitation. http://www.mentalhealth.com/book/p42-sc4.html (Cited 23/4/2001).

41 - Thornton, Louise Loots, John (2001) Recovery from Schizophrenia. http://www. namiscc. org.index.html (Cited 29/3/2001).

42 - Torrey, E. Fuller (1995) Experts from «Surviving Schizophrenia» http://www.mentalhealth.com/book/p40-sc4.html (Cited 23/4/2001).

43 - Webster's encyclopedia unabridged dictionary of the English language (1989) New York: Portland House, 1989.

44 - Webster's ninth New Collegiate Dictionary (1991) Massachustts: Merriam-webster, inc., 1991.

45 - Webster's third New International Dictionary of the English language unabrideg (1986) Massachustts: Merriam- webster,inc., 1986.

46 - Williams, R. M., (1976) Language Behavior in Acute and Chronic Schizophrenia/ R. M. Williams, D. R. Hemsley, and C. Denning- Duke. British Journal of Society of Clinical Psychology, no. 15, 1976, pp. 73 - 83.

47 - Wolman, Benjamin B. (1989) Dictionary of Behavioral Science/ Compiled and edited by Benjamin B. Wolman, 3rd. New York: Academic press, Onc., 1989.

48 - The World Book Dictionary (1988) Chicago, Illinios: World Book, inc., 1988.

49 - WWWebster Dictionary- search screen. http://www.m-w.com/cgi-bin/mueb (Cited" 4/2/1999).

50 - Yehia T. El Rakhawy (1982) Electro Convulsive Therapy: A Rhythm- Restoring Remedy. Egyptian Journal of Psychiatry, Vol. 5,no. 2 (July 1982) pp. 17-22.

51 - Yehia T. El Rakhawy (1994) Psychopharmacology and Psychotherapy: Complementary Use in Intemsive Group Therapy. Egyptian Journal of Psychiatry, Vol. 17, no. 2 (July 1994) pp. 5 - 7.

نماذج من النتاج الفكرى المستخدم فى العلاج بالقراءة مصنفة حسب مجال الاستخدام(١)

الإدمان : خمور وكحوليات :

- Andre, Pierre. (1987) Drug addiction: learn about it before your Kids do. Deerfield Beach, FL: Health communications, Inc., 1987.
- Black, Claudia. (1981) It will never happen to me. New York: Ballentine, 1981.
- Conrad, Barnaby. (1986) Time is all we have. New York: Dell, 1986.
- Greene, Sheppard. (1979) The boy who drank too much. New York: Viking, 1979.
- Jaampolsky, Lee. (1991) Healing the addictive mind. Berkeley: Cestial Arts, 1991 .
- May, Gerald C. (1988) Addiction and grace. New York: Harper Collins Publishers, Inc., 1988.
- Newman, Susan. (1986) You can say no to a drink or a drug. Photographs by George Tibboni. New York: Putnam/ perigee, 1986.

(١) تم تجميع المواد المدرجة فى هذه القائمة من المصادر التالية :
- Chovil, Ian (2000) The Experience of Schizophrenia. http://www.chovil.com/first.html (Cited 20/11/2000).
- Doll, Beath and Carol Doll (1997) Bibliotherapy with Young People: Librarian and Mental Health Working Together. Colorado: Libraries Unlimited, 1997.
- Pardeck, John T. (1997) Using Books in Clinical Social Work Practice: A Guide to Bibliotherapy. New York : The Haworth Press, 1997.
- Stanley, Jacqueline D. (1991) Reading to Heal: How to Use Bibliotherapy to Improve Yoyr Life. Massachusttes: Element Book, 1999.
- Suggested Books for Bibliotherapy (1997). http://www/netscope.net/~gkcruey/ btchart.html (Cited 4/9/1998).

- Whotiffield, Charles L. (1990) A gift to my self: a personal guide to healing my child within. Deerfield Beach, FL: Health communications, Inc., 1990.

الأســـرة :

- Baldwin, Rahima. (1989) Your child's first teacher. Berkeley: Celestial Arts, 1989.
- Blechman. Elaine A. (1985) Solving child behavior problems at hom and at school. Champaign, Il: Research Press, 1985.
- Caplan, Frank. (1973) The first twelve months of life. New York: Bantam, 1973.
- Garlson, Richard (2000) Don't sweat the small stuff with your family: simple ways to keep daily responsibilities and household chaos from taking over your life. New York: Hyperion, 2000.
- Comer, James P., Poussaint, Alvin E. (1992) Raising black Children. New York: Plume, 1992.
- Crowe- Carraco, Carole. (1989) Women who made a difference. Lexington, Kentucky: university press of Kentucky, 1989.
- DeJong, Meindert. (1987) The House of sixty fathers. Illustrated by Maurics Sendak. New York: Harper Collins, 1987.
- Dumont, Larry. (1991) Surviving adolescence: helping your child through the struggle. New York: Villard Books, 1991.
- Eastman, P. D. (1986) Are you my mother ? New York: Random House, 1986.
- Girard, Linda Walvood. (1984) My Body is Private. New York: Whitman, 1984.
- Guarendi, Ray. (1990) Back to the family: how to encourage traditional values in complicated times. New York: Basic Books, 1990.
- Hart, Louise. (1990) The winning family: increasing self-esteem in your children and youeself. Deerfield Beach, FL: Health communications, 1990.

- Huntley, Rebecca. (1991) The Sleep book for tired parents. New York: parenting press, 1991.
- Mack, Alison. (1989) Dry all night. New York: Little, Brown, 1989.
- Patterson, Gerald R. (1976) Living will children: new methods for parents and teachers. Champing, IL: Research Press. 1976.
- Sanger, Sirgay, Kelly, John. (1992) The woman who works, the parents who cares. New York: Harper Collins Publishers Inc., 1992.
- Steinberg, Laurence, Levin, Ann. (1990) You and your adolescent: a parent's guide foe ages 10-19. New Yoek: Harper Collins Publishers, Inc., 1990.
- Wachter, Oralee. (1986) Close to home. New York: Scholastic, 1986.
- Wacher, Oralee. (1983) No More secrets for me. New York: Little, Brown, 1983.
- Walsh, Anthony. (1991) The science of love: understanding love and its effects on mind and body. Amherst, NY: Prometheus Books, 1991.
- White, Burton. (1985) The first three years of life. New York: Prentice-Hall Press, 1985.

الأمراض النفسية والعصبية :

- Baur, Susan. (1991) The dinsaurs man: tales of madness and enchantment from the back ward. New York: Harper Collins Publishers, Inc., 1991.
- Budnick, Herbert N. (1991) Heart to geart: a guide to the psychological aspects of heart disease. New York: Health Press, 1991.
- Nelson, Hohn E. (1991) Healing the split: a new understanding of the crisis and treatment of the mentally ill. Los Angeles: Jeremy P. Tarcher, Inc., 1991.
- Shtasel, Philip. (1991) Medical tests and diagnostic procedures: a patient's guide to just what the doctor orderd. New Yok: Harper Collins Publishers, Inc., 1991.

تنمية وتقدير الذات :

- Bach, George, Wyden, peter. (1968) How to fight fair in love and marriage. New york: Avon Books, 1968.
- Bernard, Michael. (1991) Staying rational in an irrational world. New York: Carol Publishing, 1991.
- Bolles, Richard Nelson. (1992) The 1992 what color is your parachute ? Berkeley, CA: Ten Speed Press, 1992.
- Dayton, Tain. (1989) Drama Games: Techniques for Self- development. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc., 1989.
- Dyer, Wayne W. (1991) Your Erroneous zones: step by step advice for escaping the negative thinking and taking control of your life. New York: Harper Collins Publishers, Inc., 1991.
- Fensterheim, Herbert. (1988) Making life right when it feels all wrong. New York: Rawlins Associates, 1988.
- Harris, Thomas. (1967) I'm OK- you're OK. New York: Harper and Row, 1967.
- Kopp, Sheldon. (1985) Even a stone can be a teacher: learning and growing from the experience of everyday life. Los Angeles: Jeremy P. Tarcher, Inc., 1985.
- Krementz, Jill. (1992) How it feels to live with a physical disability. New York: S and S Trade, 1992.
- Powers, Mary Ellen. (1986) Our Teacher's in a Wheelchair. New York: Whitman, 1986.
- Rabe, Bernice. (1981) The Balancing Girl. New York: Dutton, 1981.
- Satir, Virginia. (1975) Self0 Esteem. Berkeley, CA: Celestial arts, 1975.
- Simmermacher, Donald. (1989) Self- Image modification: Building self-Esteem. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc., 1989.

- Stuart, Mary S., Orr, Lynnzy. (1987) Otherwise perfect: people and their problems with weight. Deerfield Beach, FL: Health communications, Inc., 1987.
- Westin, Jeane Eddy. (1989) The thin Book. Minneapolis: Comp Care Publishers, 1989.

التواصل مع الآخرين :

- Adler, C. S. (1988) Always and Forever friends. New York: Avon, 1988.
- Bulla, Clyde. (1972) Open the door and see all the people. New York: Crowell, 1972.
- Conford, Ellen (1992) Anything for a friend. New York: Bantam Skylark (originally published by little Brown, 1979). 1992.
- Gray, John (2000) Men are from mars, women are from Venus: a practical guide for improving communication and getting what you want in your relationships. New York: Harper Collins Publishers, 2000.
- Taylor, Mildred D. (1991) Let the Circle be unbroken. New York: Puffin, 1991.

الخــــوف :

- Bunting, Eve. (1994) Smoky night. New York: Harcount, Brace, 1994.
- Cohen, Miriam. (1984) Jim meets the thing. S. L.: Random, Inc., 1984.
- Cooper, Helen. (1993) The Bear under the stairs. New York: Dial, 1993.
- Grifalconi, Ann. (1987) Darkness and the butterfly. New York: Little, Brown, 1987.
- Jeffers, Susan. (1987) Feel the fear and do it anyway. San Diego, CA: Harcourt Brace Jovanovich, 1987.
- Turkle, Brinton. (1981) Do Bot Open. New York: Dutton, 1981.

الطلاق والزواج مرة أخرى :

- Arendell, Terry. (1986) Mothers and Divorce: Legal economic, and social dilemmas. Berkeley: University of California Press, 1986.

- Belli, Mevin M., Drantzler, Mel. (1990) Divorcing. New York: St. Martin's Press, 1990.
- Berstein, Anne C. (1989) Yours, min and ours: how families change when remarried parents have a child togather. New York: Macmillan Publishers, 1989.
- Boeghold, Betty. (1985) Daddy doesn't live fere any more. New York: Western, 1985.
- Bown, Lanurence, Brown, Marc. (1986) Dinosaurs Divorce: a guide for changing families. Boston: Atlantic Monthly Press, 1986.
- Clapp, Genevieve. (1992) Divoece and new beginnings: An authoritative guide to recovery and growth, Solo parenting, and step families. New York: Wiley, 1992.
- Cohen, Barbara. (1988) Thank you, Jachie Robinson, Illustrated by Richard Cuffari. New York: Lothrop, 1988.
- Diamond, Susan Arnsberg. (1985) Helping children of divorce: a handbook for parants and teachers. New York: Schoken Press, 1985.
- Drescher, John. (1986) My mother's getting married. New York: Dial Press, 1986.
- Janda, Louis, MacCormack, Ellen. (1991) The second time around: why some second marriages fail. New York: Carol Publishing, 1991.
- Mayle, Peter. (1988) Why are we getting a divorce. New York: Harmony, 1988.

الفصـام :

كتب :

- Adamac, Christine (1998) How to Live with Mentally Ill Person: A Handbook of Day to Day Strategies. S. N: S. L., 1998.
- Andreasen, Nancy (1984) The Broken Brain: The Biological Revolution in Psychiatry. New York: Harper Row, 1984.

- Bernheim, Kayla F. (1982) The Caring Family: Living with Chronic Mental Illness/ Kayla F. Bernheim, Richard R.J. Lewine, Caroline T. Beale. Markham, Canada: Beaverbooks, Ltd., 1982.
- Carter, Rosalyn, Golant, Susan K. (1998) Helping Someone With Mental Illness. New York: Times Books, 1998.
- H., Posalynn W. (1989) Nothing to be Ashamed of: Growing up with Mental Illness in Your Family. New York: Lothrop, Lee and Shepard Books, 1989.
- Isaac, Rael Jean, Armat, Virginia C. (1998) Madness in Streets: How Psychiatry and Law Abandoned the Mentally Ill. S.N: S. L., 1988.
- Lachenmeyer, Nathanial (2000) The Outsider: A Journet into my Father's Struggle with Madness. New York: Broadway, 2000.
- Lafond, Virginia (1994) Grieving Mental Illness: A Guide for Patients and their Caregivers. Toronto: university of Toronto Press, 1994.
- Lamb, Wally (1998) I know this Much is True. Hamptonfalls, N. H.: Beeler large print, 1998.
- Meuser, Kim, Gingerich, Susan (1994) Coping with Schizophrenia: A Guide for Families. Oakland Calif: New Harbinger Pub., 1994.
- Nasar, Sylvia (1999) A Beautiful Mind: A Biography of John Nash. New York: Faber Forbes and Faber, 1999[1].
- Neugeboren, Jay (1998) Imagining Robert: My Brother: Madness and Survival: a memoir. New York: Henry Holt, 1998.
- Our Lives with Schizophrenia (2001) by A Group of Schizophrenics. (available on this URL) : www.mentalhealth.com/books/scz/scz-toc.html.
- Shizophrenia Society of Canada (2001) Shizophrenia: A Handbook for (available on this URL) : www.mentalhealth.com/books/p40-sc01.html.

(١) حصل الفيلم المأخوذ عن هذه القصة الحقيقية على أربع جوائز للأوسكار (أحسن فيلم ، أحسن إخراج ، أحسن سيناريو ، أحسن ممثلة مساعدة) من الأكاديمية الأمريكية للفيلم لعام ٢٠٠٢ .

- Seeman, M. V., Plummer, Littmann E. (1990) Living and Working with Schizophrenia. Toronto: Toronto Press, 1990.
- Thorton, John, Seeman, Mary (1998) Schizophrenia Simplifies: A Field Guide to Schizophrenia for Frontline Workers. S.N: S.L, 1998.
- Torrey, E. Fuller (1988) Nowhere to Go: The Tragic Odyssey of Homeless Mentally Ill. New York: Harper & Row, 1988.
- Torrey, E. Fuller (1988) Surviving Shizophrenia: A Family Manual. Markham, Canada: Fitzhenry & Whiteside, ltd., 1988.
- Walsh, Maryllen (1985) Schizophrenia: Straight Talk for Families and Friends. New York: William Morrow and Co., 1985.
- Wyden, Peter (1998) Conquering Schizophrenia: a father, his son, and medical breakthrough. New York: Knopf. Inc., 1998.

أفـــلام :

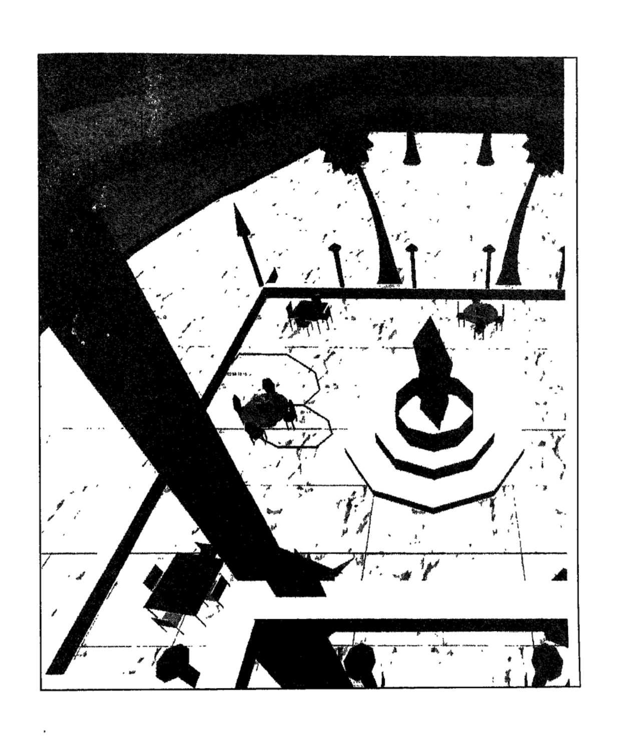
- Angel Baby.
- Benny and Joon.
- Dare to Love.
- Don Juan de Marcos.
- The Gingerbread Man.
- The Saint of Fort Washington.
- Dhine.
- Through a Glass Darkly.
- Whale Music.
- What about Bob?.

المـــوت :

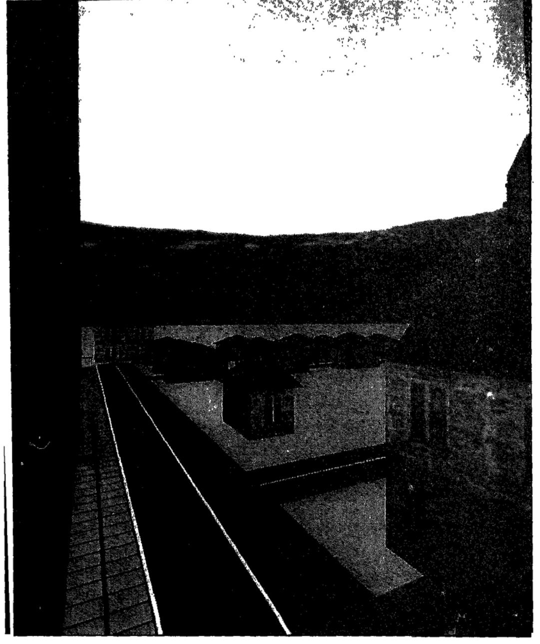
- Arnold, Caroline. (1987) What We do when someone dies. New York: Watts, 1987.
- Berry, Joy Witt. (1990) You hold me and I'll hold you. New York: Orchards Books, 1992.
- Cohen, Janice. (1987) I had a friend named Peter: Talking to Children about the death of a friend. New York: W. Morrow, 1987.

- Hickman, Martha Whitmore. (1984) Last week my brother Anthony died. New York: Abingdon press, 1984.
- Jordan, Marykate. (1989) Losing Uncle Tim. New York: Witman, 1989.
- Jukes. Mavis. (1992) I'll see you in my dreams. New York: Knoph, 1992.
- Krementz, Jill. (1981) How it feels when a parent dies. New York: Knopf, 1981.
- McDanial, L. (1983) If I should die before I wake. Pinellas park, Fl: Willowisp press, Inc., 1983.
- Rofes, Eric. (1985) The kid's book about death and dying: by and for kids. New York: Little, Brown, Inc., 1985.
- Seibert, Dinah, Drolet, Judy, Fetro, Joyce. (1993) Are you sad too?: helping children deal with loss and death. New York: ETR Associates, 1993.
- Zolotow, Charlotte. (1995) The old doge. New York: Harper Collins, 1995.

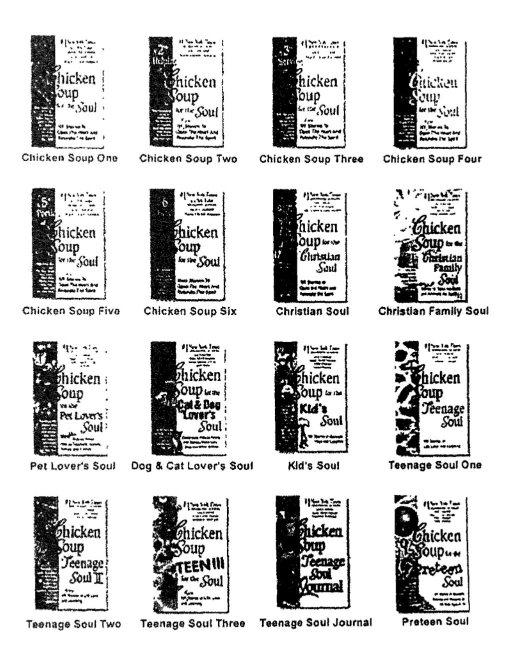
الملاحـــق



الملحق (١/١/أ) : نموذج مصور لأحد برامج الحاسب الآلي المعتمدة على تقنية نظم الواقع التخيلي ، والمستخدم في علاج مرضى رهاب الأماكن المرتفعة Acrophopia عن طريق تعريضهم بشكل متدرج لصور من أماكن مرتفعة : مصعد في أحد الأبنية .



الملحق (١/ ١/ب) : نموذج مصور لأحد برامج الحاسب الآلى المعتمدة على تقنية نظم الواقع التخيلى ، والمستخدم فى علاج مرضى رهاب الأماكن المرتفعة Acrophopia عن طريق تعريضهم بشكل متدرج لصور من أماكن مرتفعة : نافذة فى أحد الأدوار العليا .



الملحق (١/٢) : نماذج من النتاج الفكرى المستخدم فى العلاج بالقراءة مصنفة حسب مجال الاستخدام



Single's Soul

Soul At Work



Country Soul



Golden Soul



Sports Fan's Soul



College Soul



Expectant Mother's Soul



Gardener's Soul



Mother's Soul 2



Veteran's Soul



Teenage Soul Letters



Father's Soul

Nurse's Soul



Jewish Soul

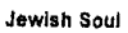


Teenage Soul Tough Stuff





Baseball Soul



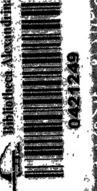

Mother's Soul
Woman's Soul
Woman's Soul Two
Couple's Soul
Surviving Soul
Unsinkable Soul
Golfer's Soul
Writer's Soul
Cup of Soup
Condensed Soup
Dental Soul
Soup Cookbook
Prisoner's Soul
Parent's Soul

مبادئ العلاج بالقراءة

مع دراسة تطبيقية على مرضى الفصام

نحن نقرأ أقل ونترجم أقل ، ونتحمل مسئولية مانقرأ أقل ونقف منه ناقدًا مما نقرأ أكثر ضعفًا وأشد سطحية ... تلك هى بؤرة انطلاق كتابنا هذا ، الذى يقع على الشريط الحدودى الواقع فى المنطقة الفاصلة المشتركة بين مجالات الطب النفسى وعلم النفس والمكتبات والمعلومات ؛ حيث يتناول الكتاب بحث موضوع العلاج بالقراءة ؛ بشكل منهجى منظم ، من برنامج علاجى تدعمهى تأهيلى سابق الإعداد ، يهدف مساعدة فرد بعينه أو مجموعة أفراد بعينها فى التغلب على مايعانونه من مشكلات نفسية أو بدنية أو اجتماعية .. يضم الكتاب أربعة فصول ، وثلاثة ملاحق مع قائمة بالمصادر، يتناول أولها نشأة وتطور العلاج بالقراءة ، فى مدخل نظرى ، مستعرضًا بعض الجهود المؤسسية التى اهتمت بهذا العلاج ، بينما يتناول الفصل الثانى ظاهرة (الفصام) تعريفًا وأسبابًا وأعراضًا وطرائق علاجات مختلفة ، وفى الفصل الثالث ، يوضح المؤلف الخطوات العملية الإجرائية الخاصة بتطبيق العلاج بالقراءة فى مجال الفصل ، بينما يتناول الفصل الرابع نتائج التطبيق وتفسيرها وتأويلها ... ثم يضمن المؤلف فى خاتمته عددًا من النتائج العامة والتوصيات التى تمثل خلاصة ماخرج به من واقع التطبيق العملى ... إن الكتاب - فى مجمله - خطوة على طريق المعرفة المتخصصة الدقيقة ، ودعوة لأن نقرأ قراءة نافذة واعية ، ثاقبة تستلهم توظيف مانقرأ ، لأن هذا ببساطة هو المفهوم الأشمل للثقافة .

تصميم: محمد حجى




6 222006 300975

الدار المصرية اللبنانية